UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MEDECINE

N° 29

LES

ARTHRITES DE LA HANCHE

CONGÉNITALEMENT LUXÉE

THÈSE

Presentee et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mars 1914

PAR

René VISMARD

Né à Saint-Germain-Laval (Loire), le 20 Mai 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof. adjoint.
RICHE, agrégé.
EUZIÈRE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

LES

ARTHRITES DE LA HANCHE

CONGÉNITALEMENT LUXÉE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 29

LES

ARTHRITES DE LA HANCHE

CONGÉNITALEMENT LUXÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mars 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

René VISMARD

Né à Saint-Germain-Laval (Loire), le 20 Mai 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, prof. adjoint.
RICHE, agrégé.
EUZIÈRE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . .	MM.	GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✻).
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.		RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé lib.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agr. lib.
Accouchements.		P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	ETIENNE
LAGRIFFOUL	DERRIEN	RIMBAUD
LEENHARDT	P. DELMAS	ROGER
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIÈRE	MARQUÈS ch. d. f.

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *prof., président.* | MM. RICHE, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.* | EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

R. VISMARD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

R. VISMARD.

AVANT-PROPOS

Notre désir le plus cher, est que ces quelques lignes n'aient pas la gaucherie d'un geste banal, consacré par l'usage. Et, obéissant à la tradition qui veut qu'on salue ses Maîtres, au début de sa thèse, avant de leur dire adieu, nous le faisons aujourd'hui, avec une bien vive émotion.

M. le Professeur Estor, qui a bien voulu nous désigner le sujet de notre travail, a été notre premier et notre meilleur Maître, toujours bienveillant et dévoué. Nous avons eu l'heureux privilège de faire partie de son service hospitalier pendant six mois, comme externe; et c'est toujours avec le plus vif plaisir, que nous allions, plus tard, écouter son précieux enseignement; il a dirigé nos premiers pas en clinique, et nous lui devons le meilleur de nous-mêmes. Il nous est doux d'avouer ici la dette de reconnaissance que nous avons contractée vis-à-vis de lui; qu'il nous permette de l'assurer de notre affection et de notre profonde gratitude.

M. le Professeur de Rouville nous a toujours accueilli avec une excessive affabilité; à ses côtés, nous avons terminé notre stage comme externe des Hôpitaux, glanant chaque jour d'utiles conseils. Nous saurons nous souvenir, dans la vie, de l'intérêt de son enseignement et du charme de sa franche cordialité.

A nos chers Maîtres de conférences d'internat, nous tenons à exprimer nos meilleurs remerciements: ce sont eux surtout qui nous ont éduqué et instruit. M. le Professeur agrégé Euzière a bien voulu nous agréer comme aide de clinique, dans

son service de l'Hôpital Général. A ce titre, déjà, nous lui devons une vive reconnaissance; mais il fut plus, pour nous, qu'un Maître zélé; il fut l'ami sincère qui sait prouver sa sympathie, l'ami qui console. Et nous gardons dans notre cœur le souvenir ému de son dévouement et de son affection; rien ne nous les fera oublier, ni ne diminuera notre gratitude et notre attachement pour celui qui nous a porté tant d'intérêt.

Que MM. les Professeurs agrégés Riche et Etienne acceptent nos remerciements pour les services qu'ils nous ont rendus: ils ont largement contribué à nous faciliter la tâche, dans la préparation des concours et à l'hôpital.

A vous, bien chers amis, Poyagos et Sappey, s'adressent maintenant notre reconnaissance et nos vœux: notre reconnaissance, pour la confiance que vous nous avez accordée, et dont votre douce amitié est la preuve; nos vœux, pour votre succès dans la vie, auquel nous applaudirons toujours avec joie. Nous avons apprécié vos qualités de cœur; et nous vous quittons avec tristesse.

LES

ARTHRITES DE LA HANCHE

CONGÉNITALEMENT LUXÉE

INTRODUCTION

La question des arthrites localisées sur des articulations coxo-fémorales congénitalement luxées n'est point nouvelle.

Boudet — dont l'observation est rapportée dans le cours de notre travail (obs. XX) — avait présenté, dès 1839, devant la Société d'Anatomie, les os pelviens d'un homme mort par généralisation tuberculeuse, et il avait soupçonné chez lui la coexistence de luxation coxo-fémorale congénitale, et de coxalgie droite.

Plus tard, en 1884, Dubrueil rapporte, dans la *Gazette des Sciences médicales de Montpellier,* l'observation de deux jeunes filles, atteintes de luxation congénitale de la hanche, et présentant un syndrome douloureux (voir *infra,* obs. V et VI). Peu à peu, les observations se multiplient dans les publications médicales; et certaines thèses sont consacrées à cette question.

Toutefois, le sujet reste partout morcelé; les formes cliniques des arthrites ne sont pas groupées dans un tableau d'en-

semble; on étudie surtout l'arthrite tuberculeuse à cause de sa plus évidente fréquence et de sa plus grande gravité, laissant de côté nombre de complications inflammatoires secondaires de la luxation, que le clinicien rencontre cependant assez souvent, et dont il a parfois à redouter, et la difficulté du diagnostic, et la désespérante ténacité.

Nous avons eu la bonne fortune d'examiner, dans le service de chirurgie infantile de M. le professeur Estor, à l'hôpital Suburbain, une fillette atteinte de luxation congénitale bilatérale des hanches avec coxalgie gauche. Et, à l'occasion de cette malade, nous avons pensé, sur les conseils et sous la direction de notre Maître, qu'il y aurait intérêt à tenter de faire une revue générale de la question des arthrites de la hanche congénitalement luxée.

Nous avons fouillé, le plus consciencieusement possible, la littérature médicale, pour recueillir les observations antérieurement publiées; quelques-unes de celles-ci ont, certes, dû nous échapper; mais peut-être avons-nous retenu les plus scrupuleuses: et c'est vers ce but, qu'ont été dirigés nos efforts. M. le docteur Guibert, médecin de l'Etablissement thermal de Balaruc-les-Bains, a bien voulu nous fournir d'excellents matériaux que nous rapportons, et dont nous chercherons à montrer la valeur (1). Enfin, à côté de l'observation recueillie dans le service des enfants de l'hôpital Suburbain, nous avons la chance de pouvoir ajouter à cette liste l'observation d'une malade du service de M. le professeur agrégé Euzière, — service des vieillards infirmes et incurables, — où nous sommes actuellement chargé des fonctions d'aide de clinique.

---

(1) Nous remercions très vivement M. le Dr Guibert, qui a eu l'amabilité de nous communiquer quelques observations personnelles, rentrant dans le cadre de notre sujet.

L'étude des arthrites de la hanche congénitalement luxée est divisée en six parties :

La première partie est réservée à l'étiologie ; dans la deuxième, un aperçu rapide des notions anatomo-pathologiques nous permettra de comprendre leur pathogénie, et de tenter d'expliquer leur rareté relative ; la troisième partie comprendra l'étude clinique ; après une esquisse de l'évolution générale et du pronostic, qui font l'objet de la quatrième partie, nous nous efforcerons de préciser les éléments du diagnostic ; le traitement enfin, dans une sixième partie, terminera cette étude.

ETIOLOGIE

Classification générale. — Il est nécessaire, dès le début de ce travail, de classer les arthrites de la hanche congénitalement luxée, sous quatre chefs: l'étude anatomo-clinique montrera plus loin le bien fondé de cette classification. Nous distinguerons donc, successivement:

a) La forme arthralgique simple;
b) La forme d'arthrite « par surmenage »;
c) La forme d'arthrite sèche;
d) La forme d'arthrite tuberculeuse, ou coxalgie.

Ces quatre formes ont une évolution chronique, certaines pouvant présenter, par intervalles, des accès subaigus; nous n'avons pas rencontré, dans les auteurs, des cas d'inflammation aiguë proprement dite de la hanche; et nous ne reviendrons brièvement sur ce détail, au chapitre d'anatomie pathologique, que pour tenter d'expliquer l'absence, ou tout au moins l'extrême rareté de cet aspect clinique.

Fréquence. — Les arthrites greffées sur des hanches congénitalement luxées sont assez rares. Dans son service de l'hôpital Suburbain. M. le professeur Estor a l'occasion de réduire au moins une ou deux luxations, par semaine, en moyenne; et il a pu écrire que « après le pied-bot, la luxation congénitale de la hanche constitue la malformation congénitale de la hanche la plus fréquente » (*Guide pratique de chir. infant.*, p. 237).

Malgré cette fréquence, nous n'avons pu recueillir que 40 observations indubitables d'arthrites; et cependant nos recherches ont porté sur une assez longue période de temps, puisque nous citons déjà Boudet (1839). Jusqu'à ces quinze ou vingt dernières années, on négligeait de signaler les cas rencontrés en clinique: les statistiques de cette époque sont pauvres; puis le nombre s'accrut bientôt, lorsqu'on étudia davantage l'affection, et lorsqu'on en tenta le traitement rationnel.

Il est permis, à l'heure actuelle, de penser que plus tard le nombre des complications de la luxation diminuera à nouveau progressivement, et voici pourquoi: beaucoup de ces accidents secondaires se greffent sur des luxations invétérées; or, on hésite de moins en moins à consulter le chirurgien pour une luxation, c'est-à-dire que celui-ci réduit un nombre de plus en plus grand de luxations, — au fur et à mesure des perfectionnements apportés par les auteurs à la technique de réduction non sanglante de Lorentz, — et cela à l'âge d'élection, et dans les conditions les plus favorables. Opérées dans le jeune âge, ces hanches malformées ne seront pas susceptibles de devenir le siège d'une inflammation. Cette hypothèse nous paraît surtout plausible, en ce qui concerne la forme dite « par surmenage », qu'on ne verra bientôt plus aussi souvent; c'est la forme des adultes, et il y a lieu d'espérer qu'on trouvera de moins en moins des luxés congénitaux non opérés, au delà de l'âge où l'intervention est de mise.

Quelle est la fréquence relative de chacune de ces formes cliniques? Le tableau ci-après nous indique, pour un chiffre global de 40 observations, un nombre de coxalgies supérieur à celui de toutes les autres formes réunies: 23 coxalgies, pour 17 arthrites non tuberculeuses, — dont 6 cas d'arthralgies, 9 cas d'arthrites « par surmenage », 2 cas enfin d'arthrite sèche.

FORMES CLINIQUES	SEXE			COTÉ LUXÉ				AGE
	♀	♂	?	D	G	Bilat	?	
Arthralgies	0	6	»	3	1	1	1	Entre 3 et 14 ans. Moy. : 10 ans
A. de surmenage.	0	9	»	3	4	2	»	Entre 18 et 65 ans. Moy. : 38 ans
A. sèches	0	2	»	»	»	1	1	Entre 42 et 55 ans. Moy. : 49 ans
Coxalgies.....	2	19	2	4	3	11	5	Entre 2 et 25 ans. Moy. : 9 ans

C'est donc l'arthrite sèche qui frappe avec le plus d'élection l'articulation coxo-fémorale luxée. Il est, d'ailleurs, intéressant de rappeler, à ce propos, la fréquence de la coxalgie primitive. Luxation congénitale de la hanche, d'une part, coxalgie primitive, d'autre part, sont monnaie courante en clinique ; leur association, au cas de greffe secondaire du bacille de Koch sur une hanche luxée, est au contraire presque exceptionnelle.

Sexe. — On sait que le sexe féminin est plus fréquemment atteint de luxation congénitale que le sexe masculin, dans la proportion de 7 à 1 environ (Hoffa). Nous retrouvons cette prédisposition, plus accentuée encore, puisque, sur 40 cas, 36 concernent des filles, 2 seulement des garçons, — le sexe n'ayant pu être précisé pour un malade de M. Jalaguier (obs. XXXVII), et pour des pièces anatomiques étudiées par Foucher (obs. XXXVIII).

Age. — La notion d'âge est importante à envisager ; elle paraît intervenir dans les processus pathogéniques qui sérient les formes cliniques. Les jeunes présentent soit de simples douleurs articulaires, soit des localisations tuberculeuses ; la moyenne d'âge est de 10 ans, pour nos 6 cas d'arthralgie — observés entre 3 et 14 ans ; — elle est de 9 ans, chez tous nos coxalgiques, — avec une marge comprise entre 2 et 25 ans. Les adultes ou les vieillards, au contraire, font de l'arthrite sèche — nos deux observations concernant des sujets ayant

respectivement 32 et 55 ans, — et, plus souvent, une forme particulière, mal connue, que nous désignerons avec M. le docteur Guibert, sous le nom d'arthrite « par surmenage » : les 9 cas rapportés sont compris entre 18 et 65 ans, avec une moyenne d'âge de 38 ans. Donc, formes intermédiaires chez l'adulte, arthrite sèche ou arthrite de surmenage ; formes extrêmes chez l'enfant, simple arthralgie bénigne d'une part, coxalgie redoutable d'autre part.

Siège. — Les malades atteints d'arthrite sont, dans des proportions absolues à peu près équivalentes, porteurs de luxations uni ou bilatérales. Mais, si l'on tient compte de cette notion, vérifiée par les statistiques de tous les auteurs, que les unilatérales sont en grosse majorité, on en peut conclure que la proportion relative des arthrites est beaucoup plus élevée chez les enfants luxés des deux côtés, que chez ceux luxés d'un seul côté. Notre tableau nous indique 15 cas de luxations bilatérales, pour 18 d'unilatérales (10 à droite, et 8 à gauche), et 7 pour lesquelles nous sommes sans renseignements.

Causes prédisposantes. — 1° *Milieu social. Hygiène individuelle.* — Nous ne pouvons préciser exactement leur valeur dans l'étiologie des arthrites. D'ailleurs, nous manquons le plus souvent d'indications sur le milieu social auquel appartiennent les malades dont nous rapportons les observations. Néanmoins, il est deux points sur lesquels nous croyons devoir attirer l'attention.

Et d'abord, il y a tout lieu d'admettre, ici, pour le développement de l'arthrite bacillaire, l'intervention des facteurs généraux invoqués dans l'étiologie générale de la coxalgie : prédisposition individuelle, héréditaire ou acquise, misère physiologique, contagion... Ici, le bacille de Koch fait encore, dans la majorité des cas, une localisation cliniquement primitive. Nous ne

retrouvons des antécédents tuberculeux personnels, obligeant à considérer la coxalgie comme secondaire, que chez 3 de nos malades sur 23 : dans un cas (obs. XXI), l'imprégnation bacillaire a commencé par une coxalgie de la hanche non luxée ; dans une autre (obs. XXXIX), ce fut un hydrops tuberculosus qui précéda l'arthrite coxo-fémorale ; dans la troisième, enfin (obs. XXXX), la petite malade fut successivement soignée pour spina ventosa, mal de Pott dorsal, puis coxalgie.

En second lieu, il est à remarquer que, si l'on excepte ces formes de tuberculose qui rentrent dans le cas général des localisations articulaires spécifiques, si l'on néglige de même les arthralgies qui sont de nature plus banale, et plus aisément explicable, il ne nous reste que des malades, adultes ou même vieillards, qui ont vécu pendant 18, 25 et même 65 ans avec leur luxation. Pourquoi ne pas faire jouer un rôle primordial au fonctionnement régulier imposé pendant si longtemps à un article anormalement conformé? Nos malades sont, pour la plupart, des gens actifs, ayant mené pendant de longues années la vie commune : la malade de Dubrueil (obs. VII) est « une grosse paysanne » ; celles de M. le docteur Guibert (obs. VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV), avaient toutes des occupations plus ou moins absorbantes, et c'est la fatigue qui leur a imposé le repos ; le sujet dont Caubet décrit les pièces anatomiques (obs. XVI), fut trouvé à l'Ecole pratique ; il est permis de supposer que, durant sa vie, cette vieille femme dut vivre autrement que de ses rentes ; notre malade, enfin, (obs. XVII), fut domestique jusqu'à l'âge de 32 ans.

Il est donc légitime de conclure à l'intervention d'un facteur étiologique important, le traumatisme articulaire.

2° *Le traumatisme articulaire.* — Néanmoins, la nature et la valeur réelle de ce facteur sont à discuter.

Le traumatisme vrai est rare, on peut dire exceptionnel : une

légère chute est signalée dans une seule observation (obs. XI). Ce qui fait le lit de l'infection, ce qui prépare le processus inflammatoire, c'est le traumatisme minime mais continuel, léger mais incessamment répété, que constitue la mobilisation active de l'articulation ; c'est la marche, et tout particulièrement la marche forcée, la fatigue, le surmenage articulaire, qui appellent et fixent l'arthrite sur ce « locus minoris resistentiæ ». A la lecture de nos observations, on est aisément convaincu de ce rôle important joué par l'exercice immodéré ; les enfants fatiguent leur articulation au cours de leurs jeux, de leur existence essentiellement active ; les adultes ne compliquent leur infirmité, qu'à l'occasion « de fatigue physique violente et de longue durée » (obs. VIII), « de station debout prolongée » (obs. IX).

Peut-être, pourrait-on conclure à la nécessité de la fatigue physique, et surtout articulaire, prolongée sinon violente, pour l'apparition d'une arthrite dans une articulation congénitalement luxée. Les boiteux qui ne surmènent pas leur hanche, ne font pas d'arthrite. Cette assertion, quelque peu absolue, peut être autorisée par la seule constatation du nombre si restreint des luxations qui se compliquent d'arthrite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici, sous tous ses aspects, l'anatomie pathologique des arthrites de la hanche et de la luxation congénitale; elle est suffisamment connue, à l'heure actuelle. Nous ne voulons en retenir que les points essentiels, qui peuvent nous aider à éclairer la pathogénie des arthrites. Ce que nous avons dit, déjà, au chapitre de l'étiologie, concernant la rareté de ces complications, nous autorise à en chercher le pourquoi, dans l'étude des lésions anatomiques, rencontrées sur le cadavre.

Malheureusement, les moyens d'investigation ont souvent manqué, en pareille matière, peu d'examens nécropsiques ayant pu être pratiqués; et, dans bon nombre de cas, devons-nous nous borner à émettre de pures hypothèses.

Résultats d'autopsie. — Leur valeur pathogénique

M. Nové-Josserand, étudiant les formes douloureuses de luxation congénitale de la hanche, écarte la théorie inflammatoire, pour expliquer les symptômes douloureux, n'ayant jamais rencontré, dans ses autopsies, de lésions inflammatoires, ni même de lésions d'arthrite sèche.

L'observation de Caubet, rapportée plus loin (obs. XVI), signale cependant l'existence de lésions d'arthrite sèche, sur des pièces trouvées à l'Ecole pratique: « le cartilage qui revêt la

tête fémorale est irrégulier, tomenteux, hérissé de saillies, creusé de cavités; l'articulation renfermait deux corps étrangers d'aspect cartilagineux, l'un libre, l'autre adhérent à la face interne de la capsule ».

Les autopsies de coxalgies, greffées sur des hanches luxées, sont, par contre, nombreuses, et l'anatomie pathologique de cette association morbide est parfaitement connue. Sans décrire en détail toutes les lésions qu'on rencontre, nous insisterons sur les points suivants:

1° *L'absence du ligament rond,* presque constante, après la 4e année. Ce ligament renferme les vaisseaux nourriciers de l'articulation. Son atrophie, entraînant celle des vaisseaux, a pour conséquence une insuffisance progressive de la vascularisation des tissus osseux articulaires. Or, nous savons que l'infection bacillaire se fait, le plus généralement, par la voie sanguine; en principe, les tissus osseux insuffisamment vascularisés, sont rarement atteints par le bacille de Koch. M. Lamy (*Rev. d'orthop.,* 1909) fait remarquer que les membres frappés de paralysie infantile ne présentent jamais de lésions de tuberculose osseuse. Il est donc logique de penser que cette disposition anatomique est pour quelque chose dans la protection relative des hanches luxées contre la tuberculose.

2° *Les rapports des surfaces osseuses.* — La luxation entraîne une perte de contact entre la tête fémorale et la cavité cotyloïde; la tête est en position le plus souvent variable, en avant, en haut, le plus généralement dans la fosse iliaque externe. M. le professeur Lannelongue a insisté sur le rôle considérable que joue la pression continuelle des surfaces osseuses dans la pathogénie de la coxalgie: ainsi explique-t-il la pathogénie de « l'ulcération compressive », qui amorce la luxation pathologique. Cette pression n'existe pas, au cas de luxation congénitale; cette

constatation pourrait, aux yeux de certains auteurs, rendre compte du peu de fréquence de l'apparition de la coxalgie secondaire.

3° *La fréquence de la suppuration.* — Elle est, d'après nos observations, notée dans 85 o/o des cas, proportion bien supérieure à celle des suppurations dans les coxalgies primitives.

4° *La localisation primitive de la lésion au niveau du col du fémur.* — Celle-ci gagnant ultérieurement la tête. Nous citerons, ici, les résultats d'autopsie, rapportés dans une observation du service de M. Kirmisson (Lamy, obs. XXV): « Une coupe, suivant l'axe du fémur montre les lésions suivantes: le col est considérablement épaissi dans toutes ses dimensions; la tête regarde, non pas en haut et en dedans, mais presque directement en dedans, ce qui rappelle un peu la coxa vara; ceci tient évidemment au développement exagéré du col, surtout dans le sens vertical. Le tissu osseux proprement dit est congestionné; mais il en existe fort peu, car on trouve un volumineux noyau caséeux, qui occupe toute la portion du col située entre le grand trochanter et le cartilage de conjugaison. Ce noyau remplit presque complètement le col, car il a envahi toute la portion osseuse, jusqu'au cartilage, sauf à la partie externe... A sa partie moyenne, le cartilage de conjugaison est ulcéré, et on trouve au centre de la tête, un deuxième foyer de fonte caséeuse, en communication avec le premier, à travers le cartilage... » L'origine de la lésion est donc au niveau du col du fémur; elle a progressé de là vers la tête, érodé et traversé le cartilage de conjugaison, et enfin envahi la tête elle-même.

Sur une radiographie, M. Rocher fait les mêmes constatations (obs. XXXVII): « La lésion la plus nette siège dans la région intertrochantérienne et à la base du col. En ce point, l'os paraît soufflé comme dans le spina ventosa, et en son centre,

entourée de toutes parts, par du tissu osseux, apparaît une tache claire, de l'aspect et de dimensions en surface, d'un gros noyau de prune, à contours assez bien dessinés. Il y a donc là une perte de substance ovalaire, qui ne peut-être due qu'à la présence dans cette région d'un foyer fongueux ou caséeux ».

M. Lamy qui a examiné l'épreuve radiographique de la hanche d'une malade, de M. Jouon (obs. XXXII) conclut, de même: « On trouve une altération de l'articulation portant à la fois sur l'os coxal et le fémur. Mais si on note une légère atteinte de l'os coxal, la tête fémorale est, au contraire profondément exulcérée, et le col présente une apparence anormale en même temps que des contours très flous. La tête a dû être envahie la première et l'altération de l'os coxal n'est que secondaire ».

Nous pouvons donc conclure: l'absence de ligament rond, et de pression des surfaces articulaires, explique, dans une certaine mesure, la rareté de la luxation tuberculisée; en tous cas, la localisation primitive du B. de Koch sur le fémur est la règle, et la suppuration est fréquente.

Les hypothèses pour les formes ou les autopsies manquent:

Nous serons brefs, sur des points aussi peu précis, pour lesquels la vérification n'est pas possible. Peut-on expliquer les phénomènes constatés, — arthralgie simple ou arthrite de surmenage, — en l'absence de toute lésion proprement dite d'arthrite?

1° *Rôle des muscles péri-articulaires.* — Dubrueil (obs. V et VI), fait jouer un rôle important au tiraillement des muscles péri-articulaires: « D'ordinaire, la douleur inguinale ne se produit qu'après une marche prolongée. Dans ce cas, cette douleur arrivait très vite et atteignait une grande intensité. Elle m'a paru devoir être attribuée au tiraillement musculaire exagéré,

dû à ce que les muscles pelvi-trochantériens du côté luxé ne fixaient pas suffisamment la tête fémorale. »

Peut-être les muscles péri-articulaires interviennent-ils, à un autre point de vue, pour expliquer l'attitude du membre luxé et coxalgique, qui est le plus souvent, celle de l'adduction dès le début. M. Lamy (*loco citato*) montre que la contracture prédominante des adducteurs — les abducteurs n'ayant qu'une action minime, par suite du déplacement considérable de leurs insertions inférieures, — entraîne, même à la première période, un léger degré d'adduction. On sait, d'autre part, que l'attitude d'abduction est plus commune, dans la coxalgie, avant les phases terminales de la maladie.

2° *Rôle des ligaments articulaires et de la capsule.* — Il est prépondérant, pour M. Nové-Josserand; ceux-ci sont tiraillés, pendant les mouvements de la tête fémorale.

3° *Rôle des troncs nerveux.* — Il est très douteux, et nous ne rappellerons que pour mémoire, l'opinion d'Angot, sur l'importance « de la compression et l'allongement des troncs nerveux, dans le territoire desquels on les trouve», et la constatation expérimentale de Baumann (Thèse de Nancy, 1902), faite à la salle de dissection, d'une tension exagérée du sciatique, surtout dans les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin.

4° *Rôle de l'élément névropathique.* — Il n'intervient guère chez l'enfant. Il paraît peu admissible qu'une fillette, atteinte de luxation congénitale, accuse des douleurs violentes et refuse de marcher, sans qu'on en puisse soupçonner la raison. Plus évident paraît être ce rôle chez l'adulte. La malade, dont nous rapportons l'histoire (obs. XVII), est une grande nerveuse; nous avons dû user de beaucoup de patience, pour obtenir

d'elle qu'elle se laisse examiner; elle a un caractère assez peu souple, se plaint toujours, soit de la nourriture qu'on lui apporte, soit de ses voisines de lit, soit des infirmières; peut-être faut-il tenir compte de cette notion, dans l'interprétation du syndrome douloureux qu'elle présente depuis quelques années; peut-être le nervosisme n'est-il, d'autre part, que la conséquence de l'impotence de la malade?

5° *Rôle du traumatisme.* — La question a été déjà précisée, au chapitre de l'étiologie.

En résumé, l'anatomie pathologique des cas d'arthrite non tuberculeuse de la hanche luxée n'est pas faite de façon assez précise; la pathogénie en reste, de ce fait, floue; nous devons nous contenter, à son endroit, d'hypothèses plus ou moins gratuites.

ETUDE CLINIQUE

Les chapitres précédents nous ont montré la nécessité de grouper les diverses arthrites de la hanche congénitalement luxée sous quatre chefs, nettement distincts aux points de vue étiologique et anatomo-pathologique. Ils ne diffèrent pas moins, les uns des autres, par leur aspect clinique.

1° *La forme arthralgique.* — La maladie n'est ici constituée que par un symptôme, la douleur: celle-ci pouvant entraîner d'autres signes, qui lui sont toujours secondaires.

La douleur, ainsi que l'ont bien montré MM. Nové-Josserand et Rendu, et leur élève Mottet — auxquels nous empruntons les données de cet aperçu, — peut revêtir deux caractères différents. D'où deux formes cliniques assez nettes; elle peut être constante, tantôt légère, tantôt vive; elle peut procéder par accès.

Le premier type est réalisé chez des enfants qui se fatiguent vite, et éprouvent, au bout de quelques pas, comme le dit Mottet, « un endolorissement vague, une grande lassitude, que le repos fait complètement disparaître ».

Dans le second type, les petits malades ont de véritables « crises douloureuses », qu'avait déjà soupçonnées Dubrueil (obs. V et VI). Celles-ci, le plus souvent spontanées, et d'apparition brusque, plus rarement consécutives à des mouvements articulaires de grande amplitude, atteignent une acuité assez vive, durent de une à trois semaines, et sont rarement uniques.

Elles siègent dans la région de la hanche, sans grande tendance à s'irradier. Leur ténacité et leur réapparition conduisent à une thérapeutique le plus souvent chirurgicale.

A côté de ce symptôme qui, nous le répéotns, est toute la maladie, on peut, accessoirement, constater, mais de façon très inconstante, un peu de limitation dans les mouvements de l'articulation, due à la contracture des muscles péri-articulaires. Bien entendu, pas de symptômes généraux, même atténués, jamais de température, et aucune manifestation fluctionnaire du côté des parties molles. Pendant la crise, l'enfant est condamné au repos, parfois même au lit; la crise passée, il peut reprendre sa petite vie habituelle, et ses jeux, sa boiterie n'étant nullement modifiée par l'épisode douloureux.

L'affection qui a débuté tôt, à l'âge de 3 ou 4 ans, ne cédera qu'avec le rétablissement physiologique normal de l'articulation.

2° *Forme d'arthrite « par surmenage »*. — Nous donnons, avec M. le docteur Guibert, de Balaruc, ce nom d'arthrite « par surmenage », d'arthrite de fatigue, à une forme assez bien individualisée, qui a comme gros caractères de frapper les adultes, de produire une impotence fonctionnelle presque complète, de céder assez aisément par le repos, mais de récidiver à peu près toujours.

C'est une arthrite « par surmenage » : elle surprend, en effet, les malades après une fatigue physique violente et prolongée; et c'est dans ce cas que se montre avec le plus de netteté, le rôle primordial du petit traumatisme constant auquel est livrée l'articulation luxée, pendant la marche, — rôle sur lequel nous avons cru devoir insister au chapitre d'Etiologie. Ce caractère apparaît nettement à la lecture de toutes nos observations.

Les douleurs apparaissent tardivement, alors que les malades

vivaient en bonne alliance avec leur infirmité; elles atteignent, en général, une acuité très vive, imposant le repos absolu, se reproduisant aussitôt, à la première tentative de marche. Beaucoup plus souvent que dans la forme arthralgique simple, elles occupent un territoire assez étendu, région fessière et cuisse, et s'accompagnent de contractures musculaires. C'est dire qu'elles immobilisent presque complètement l'articulation atteinte.

A côté de ces douleurs spontanées, il est possible, ainsi que l'a montré Dubrueil (obs. VII), de faire naître des douleurs par la pression sur la tête fémorale, dans la fosse iliaque, et au niveau de la partie interne de la région inguinale. Les divers signes qui ont été décrits dans la coxalgie n'existent pas; en particulier, le signe de la clef, décrit par Rocher (douleur provoquée au niveau de la hanche, en imprimant au pied des mouvements de torsion autour de l'axe longitudinal du membre inférieur en extension complète), s'est toujours montré négatif.

Là encore, aucun signe d'inflammation péri-articulaire; l'état général n'est pas touché.

La durée des douleurs, fort variable, peut atteindre plusieurs semaines, quelques mois dans certains cas; leur grand caractère est leur opiniâtreté, et leur retour à brève échéance, sous l'influence des mêmes causes provocatrices.

3° *Forme d'arthrite sèche.* — Nous n'avons qu'une observation de cette variété (obs. XVII).

Ici, le tableau clinique est bien différent. Il ne s'agit plus d'une affection chronique, comme les précédentes, évoluant par accès douloureux intermittents, entre lesquels réapparaît dans sa pureté le syndrome primitif de luxation congénitale simple de la hanche. L'association morbide est définitivement constituée, toujours identique à elle-même.

Le début a été brusque; et l'arthrite sèche a fait son apparition, tout d'un coup, par de la douleur et de l'impotence fonc-

tionnelle : deux signes qui se sont accrus progressivement, dans la suite, et auxquels sont venus s'ajouter d'autres symptômes :

a) *La douleur* est spontanée ou provoquée. *La douleur spontanée* est presque constante, même au repos ; d'intensité variable, tantôt légère, tantôt beaucoup plus aiguë. Les régions lombaire, fessière et crurale en sont le siège.

La douleur provoquée siège, à la pression, en avant au niveau du triangle de Scarpa, sur les côtes dans la région du grand trochanter, en arrière dans la fosse iliaque externe ; elle est réveillée par les mouvements ; la marche la rend absolument intolérable. Le signe de la clef est faiblement positif.

b) *L'impotence fonctionnelle* en est la conséquence ; la malade refuse de marcher ; et même avec un corset orthopédique, elle passe ses journées entièrement dans un fauteuil.

c) *La diminution d'amplitude* de tous les mouvements de l'articulation est très marquée, allant jusqu'à réduire des deux tiers celui d'abduction en flexion complète de la cuisse.

d) *Quelques craquements* sont perçus au cours de ces manœuvres.

e) Enfin, *il n'existe pas de ganglions inguinaux* volumineux ; la région de la hanche ne présente extérieurement ni coloration anormale, ni déformation autre que celle propre à la luxation.

Il est bon de relater, dans cette observation, la coexistence d'un volumineux kyste de l'ovaire ; son développement — qui a amené un trouble énorme dans l'équilibre statique de notre malade, par suite de son propre poids, — peut être rendu responsable, jusqu'à un certain point, de l'intensité de l'impotence fonctionnelle.

4° *Forme d'arthrite tuberculeuse.* — C'est le cas le plus fréquent ; c'est aussi celui qui présente les signes les plus nets, en dépit de son diagnostic souvent fort malaisé.

L'enfant est amené parce qu'il souffre de sa hanche :

A. Début. — *La douleur* n'est plus aussi vive que dans l'arthralgie simple; et surtout, n'est plus ni continuelle, ni le plus souvent diurne, au moins au début.

Cette fillette, qui a joué toute la matinée, comme d'habitude, avec plaisir et aisance, montre moins d'entrain, dans l'après-midi, devient triste, et cesse ses amusements de bonne heure. Au lit, l'endolorissement qui s'est accusé vers le soir, déjà, devient une vraie douleur qui la réveille et la fait crier, la contracture musculaire de vigilance cédant par le sommeil. Le lendemain et les jours suivants, se précise peu à peu ce syndrome douloureux, en même temps que se modifie progressivement le type de la démarche: et bientôt, l'enfant, qui ne marche plus qu'avec de grandes difficultés, et qui souffre sans cesse, est soumise à l'examen du chirurgien.

B. Période d'état. — a) *La douleur* est encore ici, spontanée et provoquée.

Spontanée, elle peut siéger dans l'articulation atteinte, ou fréquemment dans le genou du même côté, revêtant le type classique de la gonialgie de la coxalgie, comme dans notre observation personnelle (obs. XL). Le repos la calme.

Provoquée, elle est éveillée par la pression sur le grand trochanter, sur le col fémoral surtout, par la marche, la mobilisation de l'article, la manœuvre de Rocher (signe de la clef).

b) *La démarche* ne tarde pas à être tout à fait caractéristique; et Lamy a bien montré en quoi elle différait de celle de la luxation simple: « Si on a l'occasion d'examiner un malade atteint de luxation congénitable double..., du côté sain, c'est-à-dire non atteint de coxalgie, on constate l'abaissement de la crête iliaque et l'enfoncement du trochanter dans les masses musculaires: c'est le déhanchement. Du côté coxalgique, il s'agit d'une boiterie vraie: les deux temps de la marche sont inégaux, le malade ne s'appuyant sur la deuxième hanche qu'un

minimum de temps. La contracture musculaire fait qu'il entraîne en même temps sa cuisse et son bassin, et comme celle-là est fléchie sur celui-ci, le malade exécute à chaque pas un mouvement de salutation en même temps qu'un léger mouvement de rotation ayant pour but de lancer en avant son bassin du côté malade. Dans ce mouvement, la pointe du pied, tournée en avant, repose seule sur le sol ».

c) *L'attitude vicieuse,* nous l'avons signalée au chapitre d'anatomie pathologique, est assez spéciale, également. Dès le début, on constate un léger degré de rotation interne, par contracture des adducteurs, qui s'oppose à l'abduction notée aux premières périodes de la coxalgie.

d) *Le volume anormal de la racine de la cuisse.* — Toutes les observations indiquent ce signe: les deux facteurs, luxation et coxalgie, interviennent pour le produire: la luxation projette la tête fémorale et le grand trochanter en dehors; la coxalgie épaissit le col fémoral, et renfle les parties antérieure et postérieure de la région, qui présentent un empâtement diffus.

e) *D'autres signes* sont cités par les auteurs, *d'importance diagnostique beaucoup moindre:* disparition du signe de Trendelenburg (élévation du pli fessier du côté luxé, lorsque l'enfant debout fait porter tout le poids de son corps sur l'autre membre inférieur sain); présence de ganglions inguinaux plus ou moins volumineux; ébauche de circulation veineuse complémentaire; secousses fibrillaires; limitation des mouvements de l'articulation; douleurs à la mobilisation.

f) *L'état général,* enfin, est souvent parfait, au début. Quelques malades ont, néanmoins, l'aspect souffreteux, ils sont pâles, tristes, sans entrain: ces petits signes ont une réelle valeur, s'ils n'ont pas toujours existé, et si les dires de la famille viennent les corroborer. Le thermomètre appliqué régulièrement, le soir, pendant une ou deux semaines, peut déceler un état fébrile léger, ignoré de l'enfant et de son entourage même, signature de la nature tuberculeuse de l'arthrite.

OBSERVATIONS

A. Formes arthralgiques simples

Observation I. — (In thèse Mottet. Lyon, 1909). Résumée.

Hélène M..., 3 ans. Luxation de la hanche gauche (variété iliaque). Crises douloureuses ayant précédé la luxation et ayant persisté ensuite, sans aucun signe d'arthrite. Réduction. Guérison complète.

Observation II. — (In thèse Mottet. Lyon, 1909). Résumée.

Jeanne T..., 14 ans. Subluxation congénitale de la hanche droite (radiographie). Douleurs depuis 4 ans, sans aucun phénomène d'arthrite. Essai de cure par le repos sur la chaise-longue. Réapparition des douleurs en 1907. Amélioration définitive par le repos et l'immobilisation dans un bandage plâtré.

Observation III. — (In thèse Mottet). Résumée.

Alice D..., 13 ans et demi. Luxation de la hanche droite (variété sus-cotyloïdienne et iliaque). Violentes douleurs pendant la marche. Essai de transposition. Amélioration fonctionnelle, et disparition des douleurs.

Observation IV. — (In thèse Mottet). Résumée.

Marie-Louise R..., 9 ans et demi. Luxation bilatérale, douloureuse à gauche. Essai de réduction sans résultat. Résection de la tête fémorale. Traitement non terminé.

Observations V et VI. — (In Dubrueil, *Gazette des Sciences médicales de Montpellier,* oct. 1884).

... La première est une petite paysanne très forte pour son âge. Luxation à droite. J'examinai d'abord l'enfant allongée, et je pus constater que la pseudarthrose n'était le siège d'aucune douleur; couchée, l'enfant pouvait mouvoir son membre, et je ne constatai chez elle aucune trace de paralysie. Lorsque je voulus placer la petite malade debout, elle s'affaissa immédiatement et serait infailliblement tombée si je ne l'avais soutenue. Elle n'éprouvait, disait-elle, aucune douleur, mais le membre pliait sous elle, et n'avait pas la force de la supporter. Les antécédents de cette petite fille, l'examen du membre luxé, ne me permettaient pas d'admettre l'existence d'une paralysie infantile, et je conclus que, en raison du poids considérable de l'enfant, le membre luxé, qui avait été probablement surmené, avait fini par se trouver dans un état d'acinésie qui ne lui permettait pas de remplir ses fonctions.

Chez l'autre jeune fille, le membre luxé pouvait supporter le poids du corps; mais, au bout de quelques minutes de marche, l'enfant éprouvait une vive douleur au niveau de la région inguinale, et était forcée de s'arrêter. Cette douleur, d'origine certainement musculaire, correspondait à l'obturateur externe. Ici on avait affaire à une exagération, une aggravation de l'état normal, si l'on peut ainsi dire...

B. Formes d'arthrites « par surmenage »

Observation VII. — (In Dubrueil, *Rev. d'orthopédie,* 1890).

... La patiente est une grosse paysanne de 37 ans, qui a, dit-elle, toujours boîté du côté droit. Elle se plaignait de ne plus pouvoir marcher depuis deux mois, en raison de la douleur qu'elle éprouvait du côté de la hanche droite. Je la priai de

marcher devant moi, et elle ne put le faire qu'avec la plus grande difficulté, et en boitant du côté droit. Je la fis alors étendre sur un lit, et je constatai que le membre inférieur droit présentait un raccourcissement assez notable. Son volume était un peu inférieur à celui du côté gauche. Sur aucun point, je ne trouvai de cicatrices, de trous de fistule. Les fesses, très grasses, étaient de volume à peu près égal; le pli fessier était un peu plus élevé à droite.

La recherche de la position du trochanter, par rapport à la ligne de Roser-Nélaton, me montra que la tête fémorale devait être logée dans la fosse iliaque externe; et en effet, nonobstant l'épaisse couche de tissu adipeux qui matelassait la région fessière, je finis par constater dans cette fosse iliaque la présence d'une tête fémorale, dont je ne pus guère apprécier exactement le volume et les contours, mais qui, cependant, me parut déformée et réduite de volume. D'autre part, l'examen du pli de l'aine me démontra que la tête n'était pas dans le cotyle.

En faisant ces recherches, et en exerçant les pressions qu'elles nécessitaient, je fis naître des douleurs vives dans le point occupé par la tête fémorale et au niveau de la partie la plus interne de la région inguinale.

Des dires de la malade, et de mon examen, je conclus qu'elle était atteinte d'une luxation congénitale de la hanche droite, et que la douleur était un accident surajouté, et dû probablement au défaut de contention de la tête fémorale déplacée (la malade ne portait aucun appareil), et au poids considérable de la patiente.

Je prescrivis le repos au lit, et je fis faire l'extension sur le membre luxé avec un poids de 4 à 5 kilogrammes. Au bout d'une dizaine de jours, la douleur spontanée avait disparu; je continuai cependant le décubitus et la traction pendant un mois, et à cette époque, la malade fut pourvue d'une ceinture-corset destinée à fixer la tête du fémur, et d'une chaussure à épaisse

semelle de liège pour le pied droit, afin de compenser le défaut de longueur du membre de ce côté. Grâce à ces appareils, elle a pu marcher sans souffrance, et est retournée dans son pays.

... Pour être réellement édifié sur l'origine des phénomènes douloureux que je signale, il faudrait une autopsie, et je n'en ai pas. En réalité, l'hypothèse la plus plausible me paraît être celle d'une phlegmasie de la synoviale exposée, dans l'espèce, à une série spéciale de causes d'inflammation, en dehors des causes communes aux synovites en général.

Observation VIII. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert, de l'Etablissement thermal de Balaruc-les-Bains, Hérault).

Mme B..., 35 ans, de l'Aude.

Il y a dix ans, après fatigue physique violente et de longue durée, a éprouvé des douleurs spontanées dans la hanche gauche, congénitalement luxée; ces douleurs sont rendues plus vives, presque intolérables, par la marche, la station debout prolongée, l'ascension des escaliers; quelquefois même, la malade éprouve de véritables contractures dans les muscles de la cuisse et de la région fessière.

A cette époque, a déjà fait une cure à Balaruc: les grands bains chauds et salés, les applications locales de boues, le repos avaient amené la disparition presque totale de ces phénomènes.

Il y a deux ans, ils ont reparu avec les mêmes caractères et la même intensité, après une très forte fatigue. La deuxième cure a amené des résultats aussi heureux.

Observation IX. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert).

Mme G..., 35 ans, de l'Aveyron.

Depuis trois ans, souffre de la hanche droite, congénitalement luxée. Le fait de poser le pied droit sur la moindre aspérité

de terrain, la marche et la station debout prolongées, amènent de vives douleurs dans les muscles de la cuisse et de la fesse.

Observation X. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert).

Mlle M..., 18 ans, de l'Hérault.

Mêmes phénomènes que ci-dessus. Hanche gauche. Deux cures à Balaruc amènent les plus heureux résultats.

Observation XI. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert).

Mlle S..., 30 ans, du Gard.

Luxation congénitale de la hanche droite. Il y a cinq ans, après une légère chute, douleurs assez vives pour nécessiter une immobilisation absolue pendant plusieurs mois. Tous les mouvements sont possibles et larges, sauf abduction forte et rotation en dehors.

Observation XII. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert).

Mlle F..., 65 ans, de l'Hérault.

Luxation congénitale double. A différentes reprises, toujours après marches ou fatigues prolongées, douleurs dans les deux régions fessières, contractures musculaires.

Observation XIII. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert).

Mlle C..., 48 ans, de l'Hérault.

Luxation congénitale double. Mêmes phénomènes que ci-dessus. A signaler des contractures des muscles des cuisses qui empêchent parfois totalement la marche et surtout l'ascension des escaliers. Le traitement hydro-minéral, le repos, produi-

sent après chaque cure (la malade en a déjà fait 3), les résultats les plus sensibles.

Observation XIV. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert).

Mme L..., 50 ans, du Gard.

Luxation congénitale gauche. Les phénomènes douloureux et spasmodiques sont apparus il y a environ deux ans. Parmi tous les moyens employés, le repos a été le plus efficace. La cure thermale a amené une sédation presque complète de tous ces phénomènes.

Observation XV. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert).

Mme B..., 26 ans, de l'Hérault.

Luxation congénitale gauche. Mêmes phénomènes.

C. Arthrite sèche

Observation XVI. — (In *Bulletin Soc. Anat. de Paris,* 1903, H. Caubet).

Pièces trouvées, sur un cadavre de l'Ecole pratique; luxation congénitale chez une femme ayant dépassé la cinquantaine.

... Il faut enfin signaler les lésions très marquées d'arthrite sèche, dont cette articulation était le siège: le cartilage qui revêt la tête fémorale est irrégulier, tomenteux, hérissé de saillies, creusé de cavités; l'articulation renfermait deux corps étrangers d'aspect cartilagineux, l'un libre, l'autre adhérent à la face interne de la capsule.

Observation XVII. — (Personnelle).

R... Germaine, 42 ans, sans profession.

Kyste de l'ovaire. Scoliose dorsale à convexité droite. Luxa-

tion congénitale bilatérale des hanches. Arthrite sèche de ces articulations, plus marquée à droite.

Cette malade est entrée, le 19 octobre 1913, à l'Hôpital Général de Montpellier, salle Durand, dans le service de M. le professeur Euzière, où nous étions chargé des fonctions d'aide de clinique.

C'est une célibataire, dont le père est mort d'ictus, il y a quelques années, la mère d'affection inconnue. Elle a deux frères et deux sœurs en excellente santé; un autre frère, mort de fièvre typhoïde, était porteur d'un pied-bot: c'est la seule malformation qu'on note dans la famille.

Notre malade est atteinte de luxation congénitale double. Rien d'intéressant dans ses antécédents personnels. Jusqu'à l'âge de 32 ans, elle a pu se livrer aux occupations de domestique, malgré son double déhanchement; elle marchait alors assez aisément, mais se fatiguait néanmoins rapidement.

Depuis dix ans, douleurs dans les hanches, à droite plus qu'à gauche. Ces douleurs seraient survenues brusquement, sans prodromes préalables, siégeant dans toute l'étendue du membre inférieur, de l'extrémité à la racine. Impotence partielle, non absolue, due à la douleur seule; pas de paralysie. La douleur, non calmée par le repos, a persisté pendant six mois environ. Après quoi, elle s'est localisée aux hanches, surtout à droite, et persiste actuellement.

Aucune douleur le long de la colonne dorsale. La malade porte un corset depuis six ans.

La déviation de la colonne serait apparue à l'âge de 14 ans, et aurait augmenté depuis.

La malade ne peut préciser l'époque à laquelle son ventre a commencé à grossir, aussi loin qu'elle se rappelle. Elle n'y a prêté aucune attention, n'en ayant jamais souffert.

Réglée à 16 ans, régulièrement, sans douleurs; peu abon-

damment au début, plus abondamment actuellement. Pertes blanches depuis plusieurs années. Jamais d'ardeur à la miction.

Etat actuel, le 5 février 1914. — Les douleurs restent localisées à la région des hanches, surtout à droite; elles sont permanentes, non calmées par le séjour au lit; sourdes, sans paroxysme net, mais néanmoins plus intenses certains jours. Ces douleurs subjectives augmentent pendant les mouvements et la marche; celle-ci est presque impossible sans corset, assez aisée, au contraire, avec l'appareil orthopédique. Aucune trace d'abcès dans les régions coxo-fémorales.

Notre malade conserve un appétit suffisant, digère bien, n'est pas habituellement constipée; ses appareils respiratoire et circulatoire ne présentent rien qui mérite d'être noté; urines claires, normales. Un certain degré de nervosisme.

A l'examen de l'abdomen, très proéminent, on perçoit une tumeur mate, s'étendant d'un hypochondre à l'autre dans le sens transversal, des fausses-côtes au pubis, dans le sens longitudinal, tumeur qui fluctue nettement, et n'est le siège d'aucun souffle ou battement.

Le toucher vaginal, que l'orifice hyménéal permet de pratiquer, montre que cette tumeur n'est pas adhérente à l'utérus, n'est pas incluse dans le ligament large, et ne bombe pas dans le cul-de-sac de Douglas.

A l'examen des hanches, on constate que les deux triangles de Scarpa présentent une dépression, légère à gauche, très marquée à droite. La tête fémorale n'est plus à sa place normale; et une palpation profonde, indolore, d'ailleurs, que l'épaisseur du matelas fessier rend difficile, permet de sentir les têtes fémorales dans les fosses iliaques. Quelques ganglions inguinaux, indolores, durs, des deux côtés. Le bord supérieur du grand trochanter remonte, à gauche, à un travers de doigt, à droite à quatre centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. La pression sur cette saillie osseuse est indolore.

La mobilisation des deux articulations coxo-fémorales est difficile, réveille des douleurs assez vives; et fait naître des craquements; tous les mouvements sont diminués d'amplitude; celui d'abduction en flexion complète est limité des deux tiers à droite, et à gauche. Le signe de la clef est faiblement positif. La mensuration des deux membres, faite de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe, donne 72 centimètres à droite, 73 centim. 5 à gauche. Pas d'atrophie musculaire apparente; pas de troubles de la sensibilité, ni de la réflectivité.

La malade, priée de marcher, ne peut faire que quelques mètres, et demande ensuite le repos, en raison de ses douleurs dans les deux hanches. Elle canarde des deux côtés, mais surtout à droite.

Une radiographie nette n'a pas pu être obtenue. Une première épreuve ayant été floue, la malade, très nerveuse et d'humeur assez peu complaisante, n'a pas consenti à un nouvel examen.

D. Arthrites tuberculeuses

Observation XVIII. — (In Delanglade, Th. Paris, 1896).

Luxation congénitale de la hanche gauche. La réduction sanglante ouvre un foyer de coxalgie. Suppuration. Mort par généralisation tuberculeuse. Autopsie.

Renée G..., 11 ans, entre le 25 septembre 1894, dans le service de M. le professeur Lannelongue.

Père et mère bien portants; 4 frères et sœurs bien constitués; grossesse et accouchement sans accident; présentation du sommet. Marche à 2 ans; de suite, on s'aperçoit de la boiterie. Mais jamais jusqu'à ces derniers mois, l'enfant n'a souffert, ni n'a été gênée en quoi que ce soit. Elle courait volontiers

avec ses compagnes, et n'était ni moins vive, ni moins adroite qu'elles. Depuis trois semaines environ, elle souffre dans le genou et dans l'aine.

État actuel, le 30 septembre 1894. — Atrophie considérable de tout l'appareil musculaire du membre inférieur gauche (fesse, cuisse, jambe, plante du pied). Raccourcissement du membre, de 2 centimètres, par rapport au côté droit (65 centimètres et 63 centimètres). Saillie angulaire dans la région trochantérienne gauche. Le bord supérieur du trochanter dépasse de 2 travers de doigt et demi la ligne de Nélaton-Roser. La tête, de grosseur normale, est au-dessus et en arrière. Dans l'extension, elle se porte en avant, à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, se déplaçant ainsi dans une étendue plus grande que sa largeur elle-même. Dans la flexion forcée, elle se met très en arrière. Flexion et extension complètes. Muscles adducteurs rétractés et atrophiés. Adduction plutôt exagérée; abduction normale. A l'occasion de tous ces mouvements, craquements perceptibles, non seulement à la main, mais à l'oreille.

Station debout. — L'épine iliaque antéro-supérieure droite est plus haute que la gauche de un travers de doigt; la hanche est sensiblement plus saillante. La vulve regarde à droite; la grande lèvre gauche est plus basse que la droite. Le pied gauche est en rotation externe légère. Le rachis présente, dans la région dorso-lombaire, une courbure à convexité gauche assez prononcée. La fesse gauche est plus aplatie et plus élargie. Le pli fessier est abaissé de plus d'un doigt. Pendant la marche, le point sacré et le pli fessier gauche restent au contraire constamment plus élevés que du côté droit, quel que soit le pied qui porte. Quand c'est le pied gauche, la disposition est certainement plus nette. Le bassin se porte franchement en haut et le thorax s'abaisse. Simultanément le grand trochanter glisse et s'élève sur la fosse iliaque externe. Le mouvement d'ascension

du bassin commence certainement après le commencement et avant la fin de ce glissement. Le membre inférieur conserve à peu près sa direction normale; cependant le genou a une tendance à se porter en dedans. A droite, la fillette marche, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, pour rétablir l'équilibre. Les deux genoux ont une tendance à se croiser.

Extension continue maintenue jusqu'au 18 novembre.

Le 18 novembre 1894. — Réduction sanglante. Incision de M. Langenbeck. Au moment de l'ostéotomie du trochanter (au ciseau), on voit s'écouler une petite quantité de pus bien lié, recueilli et soumis à l'examen bactériologique. La tête fémorale est déformée, aplatie en dedans, mais le cartilage ne présente aucune altération apparente. Le ligament rond est conservé et relativement assez fort. La cavité cotyloïde ancienne est le siège de la collection purulente ci-dessus mentionnée: elle est peu profonde, recouverte de parties fibreuses et fibro-cartilagineuses. La capsule est tapissée de fongosités sur toute l'étendue de sa face inférieure. Il existe une cavité cotyloïde nouvelle, peu profonde, mais limitée par un bord net qui, peu élevé à sa partie inférieure, la sépare du cotyle ancien. Evidement du cotyle ancien. Réduction. Sutures. Drainage.

Suites simples. — La feuille de température a été égarée; mais je me souviens qu'il n'y a pas eu d'ascension exagérée, et que le cas s'est, au début, comporté comme une réduction sanglante de luxation congénitale ordinaire. Seulement la plaie s'est mal réunie, elle est devenue fongueuse, et a donné lieu à une faible suppuration, liquide séreux avec des grumeaux; elle a été grattée. L'ensemencement du pus recueilli pendant l'opération n'a donné lieu à aucune culture; l'injection de fongosités à un cobaye a été positive, et a déterminé des lésions tuberculeuses chez les animaux en expérience.

Généralisation des lésions tuberculeuses. Mort, le 25 avril 1895.

Autopsie. — Foyers tuberculeux disséminés dans tout l'organisme, en particulier dans les poumons et les méninges. La hanche elle-même présente les modifications suivantes : la synoviale est entièrement fongueuse. Ces fongosités se prolongent dans toute l'étendue de la plaie opératoire, et s'insinuent dans tous les interstices musculaires. Le squelette est profondément atteint. La tête fémorale a perdu son cartilage. Elle présente dans sa partie postéro-supérieure une caverne tuberculeuse et les traces d'une ulcération compressive. Elle repose, en effet, par cette surface irrégulière, errodée et d'aspect vermoulu, sur une surface semblable de l'os iliaque, immédiatement en arrière et au-dessus du cotyle. Celui-ci a conservé dans son segment antérieur la forme arrondie qui lui a été donnée au cours de l'intervention. Son bord postérieur, au contraire, s'est effondré sous la pression de la tête, en vertu de la contracture musculaire, et la récidive, en un mot, s'est faite par un procédé en tout semblable à celui des luxations pathologiques ordinaires. Autour de la nouvelle place de la tête fémorale, s'est élevé un rebord cartilagineux qui donne insertion à la capsule. L'os iliaque présente, d'ailleurs, les caractères habituels qu'il offre dans la malformation congénitale ; il est plus grêle et moins développé que celui du côté opposé ; les branches horizontale du pubis et ischio-pubienne sont allongées et minces. La gouttière du psoas-iliaque, au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure, est profonde et caractéristique. De plus, nous avons noté une différence dans le calibre des vaisseaux d'un côté à l'autre. Leur circonférence mesure, en effet :

A droite : iliaque primitive, 12 millimètres ; iliaque interne, 9 millim. 5 ; iliaque externe, 9 millm. 5.

A gauche : iliaque primitive, 11 millimètres ; iliaque interne, 7 millim. 5 ; iliaque externe, 7 millim. 5.

Tout cela démontre que c'est bien à une coxo-tuberculose développée dans une luxation congénitale que nous avons affaire, et non pas à une coxo-tuberculose compliquée de luxation pathologique.

Observation XIX. — (In Delanglade, Th. Paris, 1896). Résumée.

Marie T..., 8 ans. A commencé à marcher à l'âge de 16 mois, en canardant ; n'a pas souffert, jusqu'à 5 ans. A cette époque, a éprouvé au niveau de la hanche et du genou droits des douleurs qui l'ont obligée à garder le lit pendant huit jours ; puis elle est restée bien jusqu'à il y a un mois. La mère a remarqué que l'enfant traînait depuis quelque temps la jambe droite, qu'elle s'appuyait davantage sur elle. Puis ont apparu des douleurs, d'abord le soir, après une journée fatigante, puis toute la journée ; et, depuis dix jours, elle ne peut plus marcher du tout.

A l'examen, le 31 *janvier* 1896. — Impossibilité de la station debout. Les douleurs ont cédé à l'extension continue. Hanche droite presque complètement ankylosée, ne pouvant effectuer que des mouvements d'une amplitude de 30° environ. Tuméfaction générale de l'article. Tête difficile à délimiter, douloureuse à la pression. L'ankylose rend impossible la recherche de la position du trochanter par rapport à la ligne de Nélaton-Roser. Nombreux ganglions inguinaux à droite.

A gauche, luxation très nette, antérieure, de l'articulation, dont les mouvements ont tous une amplitude exagérée.

Raccourcissement de 1 centimètre du membre inférieur gauche.

Atrophie musculaire des cuisses plus marquée à droite.

Observation XX. — (In Coste, Th. Lyon, 1899. D'après Boudet : *Bulletin Soc. Anat.*, 1839).

Boudet montre les os pelviens d'un homme de 28 ans, mort avec un calcul qui oblitérait le canal cystique. La vésicule biliaire est grosse comme un œuf de poule, transparente ; elle renferme un liquide incolore et un peu filant. Le foie est jaune et non ratatiné.

Ce jeune homme avait un raccourcissement des deux membres inférieurs, et tous les autres signes d'une luxation des fémurs en haut et en dehors. Il éprouvait de vives douleurs ; des fistules existaient à droite ; de la turberculose survint, et bientôt le marasme et la mort.

La cavité cotyloïde droite était atrophiée, triangulaire ; son bord postérieur était recouvert de cartilage. La capsule unie à ce bord par une extrémité, était restée adhérente par l'autre au col du fémur, de sorte que la tête de cet os en était encore enveloppée. Il existait un peu de pus dans la cavité cotyloïde. La tête du fémur était très petite, presque dénudée de cartilage ; deux petits tubercules se trouvaient dans son tissu.

La cavité cotyloïde gauche était également triangulaire, presque oblitérée. Le col du fémur était devenu horizontal, et la tête ne dépassait pas le niveau du grand trochanter. Elle était dénudée de cartilage, infiltrée de pus, et le petit fessier, avec lequel elle se trouvait en rapport, était également infiltré de ce liquide. La capsule était détruite. La tête du fémur n'offrait pas d'hypertrophie interstitielle.

Ganglions et poumons tuberculeux.

Le malade, qui était très affaibli, a dit n'avoir pas toujours été contrefait ; cependant, d'autres renseignements tendent à faire croire que les luxations étaient congénitales.

Observation XXI. — (In Coste, Th. Lyon, 1899. D'après Rouvier: *Bulletin Soc. Chir.*, 1858-59).

Euphrasie B..., 5 ans 1/2. Elle a été affectée, il y a deux ans environ, d'une coxalgie du côté droit pour laquelle on a fait une large application de caustique de Vienne sur le grand trochanter: on en voit encore la cicatrice. J'ai constaté, au mois de novembre de l'année dernière, qu'il existait un raccourcissement apparent du membre inférieur droit. Mais en janvier, la hanche gauche fut prise à son tour; il y eut des douleurs très vives; et le membre inférieur gauche, naguère plus long que le droit, devient peu à peu plus court. Je reconnus en effet, le 21 mars, qu'il y avait raccourcissement à gauche, et je trouvai de ce côté tous les signes d'une luxation iliaque. Aujourd'hui les douleurs ont cessé, la luxation est des plus évidentes. Les deux cuisses offrent un certain degré de flexion, moins marqué du côté droit: la cuisse gauche est en outre dans l'adduction et la rotation en dedans; la droite, dans l'abduction. Celle-ci ne paraît présenter qu'une position vicieuse sans luxation. On rencontre au côté externe de chaque cuisse, un petit abcès superficiel indolent. L'enfant est hors d'état de marcher seule, mais elle fait quelques pas avec des béquilles.

La mère de cette enfant a été interrogée par M. Morel-Lavallée. Les réponses, d'abord hésitantes de cette femme, sont devenues ensuite plus décisives. Ainsi, après avoir dit que l'enfant marchait comme tous les autres enfants, elle a fini par déclarer qu'elle ne marchait que le corps fortement renversé en arrière, et qu'elle tombait avec une extrême facilité. De telle sorte qu'il est permis d'admettre l'existence d'une luxation congénitale.

Observation XXII. — (In Coste, Th. Lyon, 1899). Résumée.

Coxalgie au niveau d'une luxation congénitale.

Résection de la hanche.

Célestine A..., 25 ans. Boiterie congénitale indolore. Gêne douloureuse dans la hanche gauche, après la fatigue, depuis l'âge de 13 à 14 ans. Il y a deux ans, apparition de violentes douleurs dans cette articulation, rendant la marche impossible. Repos au lit, puis application d'un bandage, conservé 5 mois, permettant la marche. Mieux sensible, suivi de la réapparition des douleurs, amenant la malade à l'hôpital en juillet 1888.

Luxation iliaque, douloureuse; la jambe est en adduction et rotation interne. La malade quitte l'hôpital, en août, avec un tuteur; pour y revenir en septembre 1890, souffrant toujours. La région de la hanche est très tuméfiée. On applique des pointes de feu, et on immobilise dans un appareil silicaté. La réaction continue. L'état reste stationnaire jusqu'au 30 mai 1891. A cette époque, les mensurations indiquent:

Côté malade, 78 centimètres.

Côté sain: 83 centimètres.

Fémur des deux côtés: 38 centimètres.

Résection de la hanche, le 30 mai. Le lendemain, la malade ne souffre pas; température, 39°5. La température se maintient aux environs de 39° jusqu'au 13 juin. Ce jour-là on ouvre un petit abcès fessier collecté le long du sacrum, provenant de l'inflammation d'une bourse séreuse.

En novembre 1891, la malade marchait avec peine.

Observation XXIII. — (In Coste, Th. Lyon, 1899). Résumée.

Dum..., 19 ans. Luxation congénitale de la hanche droite. Dès l'âge de 18 ans, douleurs spontanées et provoquées par la marche dans la hanche, qui est le siège d'une tuméfaction apparente. Repos au lit devenu nécessaire. A son entrée à l'hôpital, tuméfaction, douleurs très vives à l'occasion des mou-

vements; point douloureux à la palpation, en arrière du grand trochanter. Raccourcissement du membre de 6 centimètres. Repos au lit; extension; bandage silicaté.

Observation XXIV. — (In Coste, Th. Lyon, 1899). Résumée.

S... Marie, 18 ans. Luxation congénitale bilatérale. Dès l'âge de 14 ans, apparition de douleurs, localisées d'abord au genou gauche, apparaissant dans la station debout et même le soir au lit. Cette phase de la maladie, qui aurait été fébrile, aurait duré une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, la douleur émigra à la hanche, rendant la marche très douloureuse.

Pointes de feu, vésicatoires, séjour au lit pendant un an, sans grand résultat fonctionnel: la marche n'est possible qu'avec des béquilles.

Etat actuel. — L'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche est remontée de 2 centimètres environ; cependant les talons paraissent être sur le même plan; il est difficile de faire une mensuration très exacte du membre, à cause des masses musculaires et adipeuses de la région. La cuisse gauche est en rotation légère en dedans, tandis que la jambe est en rotation en dehors. Le pied gauche présente une légère déformation en varus; le pied droit au contraire en valgus. Les deux membres sont en adduction, surtout le droit, qui aurait une tendance au genu valgum. L'ankylose coxo-fémorale est complète à gauche; on note également de l'hydarthrose du genou gauche.

Si l'on recherche la position des têtes fémorales, on trouve la droite remontée à 3 centimètres environ au-dessus de la ligne de Nélaton. A gauche, la flexion étant impossible, on ne peut rechercher ce signe.

L'extrémité supérieure du fémur gauche paraît augmentée de volume. La pression forte sur le grand trochanter est douloureuse, ainsi que le choc sur le talon.

Au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et en dedans de celle-ci, on remarque la présence d'un abcès à fluctuation assez nette, paraissant plonger dans le bassin; un autre abcès volumineux siège à la face postérieure de la cuisse. Quelques ganglions sont perceptibles dans l'aine gauche.

L'état général est excellent. L'abcès de la face postérieure de la cuisse est ponctionné; on en retire à grand'peine un verre d'un pus épais et grumeux. Injection d'éther iodoformé.

Observation XXV. — (In Lamy, *Rev. d'Orthopédie,* 1909). Résumée.

Renée M..., 2 ans 1/2. Premiers pas à l'âge de 23 mois; dès cette époque, selon l'expression des parents, « l'enfant marchait en se berçant ». A l'âge de 28 mois 1/2, elle a été prise subitement de température avec inappétence; cet état a duré plusieurs jours; l'enfant se plaignant bientôt de sa jambe droite, et refusant de marcher, est hospitalisée dans le service de M. le professeur Kirmisson.

Les membres sont en adduction légère; le droit en légère rotation interne, avec bassin surélevé de ce côté.

A gauche: luxation simple; la tête est dans la fosse iliaque externe, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure; la malade est placée dans une antéversion voisine de 90°. Les mouvements de flexion, extension et rotation ont conservé toute leur amplitude; l'abduction combinée à la rotation externe est également possible. Il n'existe pas de contractures.

A droite: le trochanter est un peu plus saillant; mais on est surtout frappé par une augmentation de volume de toute la racine de la cuisse. La peau est légèrement tendue, sans coloration anormale. Le gonflement est plus marqué à la face antérieure, et un peu au-dessus de la cavité cotyloïde elle-même; on relève, au contraire, comme du côté gauche, la présence d'une petite dépression.

La palpation montre que les parties molles sont œdématiées, un peu indurées, résistantes au doigt. Le gonflement péri-articulaire est surtout marqué au niveau du trochanter, qui paraît épaissi dans le sens antéro-postérieur. Comme du côté gauche, la hanche est luxée en haut, et la tête en antéversion. La palpation n'est pas très douloureuse, mais l'enfant crie lorsqu'on appuie sur la région tuméfiée. Les mouvements d'extension sont entièrement conservés. La flexion est possible, mais douloureuse, et le bassin est entraîné, lorsqu'on veut amener la cuisse au contact de la paroi abdominale. Contractures musculaires, limitant beaucoup les mouvements d'abduction.

Ganglion iliaque assez volumineux.

Mensurations, égales des deux côtés — de l'épine iliaque antéro-supérieure à la rotule — 17 centimètres; à la pointe de la malléole externe, — 36 centimètres.

Lorsqu'on met l'enfant debout, elle semble souffrir de sa jambe droite, sur laquelle elle ne s'appuie pas franchement; la cuisse est en abduction et flexion sur le bassin, de sorte que dans la station debout le membre inférieur droit est beaucoup plus écarté de la ligne médiane que le gauche, sur lequel le poids du corps repose presque en entier. De plus, la pointe du pied droit est déviée en dehors.

Scoliose d'attitude à convexité lombaire droite, disparaissant lorsqu'on soutient l'enfant en la prenant sous les aisselles.

Donc: luxation congénitale droite avec coxalgie greffée sur le côté droit.

On couche l'enfant, et on soumet son membre inférieur droit à l'extension continue avec un poids de 750 grammes.

Deux épreuves radiographiques, — faites, l'une dans le décubitus dorsal avec position rectifiée, l'autre en maintenant les pieds en rotation interne complète pour obtenir une projection des cols des fémurs sur la plaque, — permettent de conclure:

luxation congénitale avec antéversion des têtes fémorales; coxalgie droite au début, foyer tuberculeux dans le col et envahissant la tête à travers le cartilage épiphysaire.

Un mois après son entrée, la malade commence un épisode de généralisation tuberculeuse, entrecoupée successivement de rougeole, de varicelle, et qui se termine, le 17 mai 1908, par la mort.

Les résultats de l'autopsie (on lira le détail au paragraphe Anatomie pathologique, p. 20), sont les suivants: Luxation congénitale double. Coxalgie droite: infiltration tuberculeuse du col ayant envahi secondairement la tête à travers le cartilage de conjugaison, et en imminence d'ouverture dans l'articulation en deux endroits. Généralisation tuberculeuse (noyaux caséeux dans les ganglions péribronchiques) à la base des poumons, dans les ganglions mésentériques; nombreuses adhérences péritonéales...

Observation XXVI. — (In Lamy, *Rev. d'Orthopédie,* 1909). Résumée.

Luxation congénitale double. Réduction. Coxalgie suppurée des deux côtés. Mort.

Auguste Ch..., 7 ans. A marché à 2 ans, avec dandinement, qui s'est accentué avec l'âge. A 5 ans, après extension continue pendant 15 jours, réduction des deux luxations, et appareil plâtré en première position. 3 mois après, seconde position. 4 mois après, l'enfant quitte son appareil; la marche reste difficile, et provoque des douleurs dans la hanche et le genou droit (23 mars 1902).

En janvier 1903, l'enfant ayant 7 ans, la mère note une tuméfaction siégeant le long de la partie supérieure de la face antéro-externe de la cuisse droite. Ce fut un abcès qui se fistulisa spontanément. L'enfant reste couché, et peu à peu ses deux membres se mettent en abduction, flexion et rotation externe;

la rotule regarde en dehors. A droite, sur la face externe de la cuisse, existent deux fistules; à gauche, à la partie externe également, se forme un abcès au niveau duquel la peau rougit et s'amincit progressivement.

Le 6 mars 1903, chloroformisation; incision de l'abcès; lavage de la poche à l'acide phénique puis à l'alcool. Essai de correction de l'abduction et de la rotation; sans qu'on ait produit d'effort trop violent, il se produit une fracture de la diaphyse fémorale gauche: appareil plâtré permettant le pansement de l'abcès. On ne fait rien du côté droit.

Le 4 mai 1903, incision d'un volumineux abcès au niveau de la région des adducteurs à droite; pus extrêmement abondant; col dénudé; drainage en anse.

24 octobre 1903, fièvre hectique définitivement installée avec oscillations entre 38° et 40 °; la famille reprend l'enfant, dont l'état est désespéré.

Observation XXVII. — (In Lamy, *Rev. Orthop.*, 1909).

Z... Luxation congénitale de la hanche unilatérale, non réduite, chez une fillette; s'étant compliquée de coxalgie. Mort.

L'autopsie montre que toute la tête était profondément ulcérée, presque détruite. Gros amas de fongosités tout autour de l'article. A noter comme particularités, qu'à l'ouverture de l'articulation, il s'était écoulé du liquide en assez grande quantité.

Observation XXVIII. — (In Lamy, *Rev. Orthop.*, 1909).

V... Luxation congénitale double chez une fillette. Coxalgie unique ayant évolué avec abcès qui a donné naissance à six ou sept fistules.

Cette enfant n'a pas été revue.

Observation XXIX. — (In Lamy, *Rev. Orthop.*, 1909).

X... Jeune fille. Double luxation congénitale. Coxalgie double

suppurée des deux côtés s'étant terminée par la mort. Pas d'autopsie.

Observation XXX. — (In Lamy, *Rev. Orthop.*, 1909).

X... Fillette vue pour la première fois, à l'âge de 3 ans, par M. Broca, parce qu'elle boite après avoir marché très tard. Luxation congénitale des deux hanches avec arthrite légère à droite.

Supposant l'enfant atteinte d'arthrite, on fait la réduction des deux hanches suivant la méthode de Lorentz. A l'enlèvement du premier plâtre, la cuisse droite est douloureuse, renflée en gigot à son extrémité supérieure. On pense à une coxalgie et on laisse le membre dans sa position de réduction sans appareil, pendant qu'on continue le traitement de la hanche gauche.

Dans la suite, survient un abcès à droite. L'enfant fait un séjour à Berck, où elle est traitée par M. Ménard. Depuis elle a été revue avec une coxalgie fistulisée à droite.

Observation XXXI. — (In Joüon: Congrès nat. période. de Gyn., Péd. et Obst., Rouen, 1904). Résumée.

Luxation congénitale. Coxalgie suppurée.

Marie R..., 15 ans. A noter dans ses antécédents une sœur morte de méningite bacillaire.

Marche à 14 mois. Boîte dès le début: luxation congénitale. A 12 ans, douleurs. Le membre se met en inversion.

Avril 1903: Abcès face externe de la cuisse. Raccourcissement de 10 centimètres. — 15 mai: Ponction de l'abcès; culture du pus négative; inoculation au cobaye positive (bacillose). — 22 mai: Nouvelle ponction. La radiographie montre l'existence de 3 cavités successives superposése. — 10 juin: Ostéotomie sous-trochantérienne. A noter qu'à la fin de 1903, on assiste au début d'une arthrite tuberculeuse du genou droit.

Observation XXXII. — (In Joüon: *Gazette méd. de Nantes,* 1908). Résumée.

Luxation congénitale double. Coxalgie droite légère.

Renée Le P..., 4 ans. Luxation congénitale double. Réduction le 9 novembre 1903, très difficile à gauche; facile à droite. Bon résultat à droite; transposition à gauche.

En octobre 1904, l'enfant, après avoir marché, commence à souffrir de la hanche droite; flexion de la cuisse sur le bassin; douleur à la pression au niveau du col fémoral. La radiographie confirme le diagnostic de coxalgie porté par MM. Joüon et Allaire et M. le professeur Kirmisson: usure de la tête fémorale et du cotyle avec agrandissement de l'espace clair articulaire. Extension continue et repos pendant un an, avec appareils plâtrés.

Depuis, l'enfant a été revue à plusieurs reprises: elle est très forte, et bien portante; la marche est assez bonne.

Observation XXXIII. — (In Mme Derscheid-Delcourt: *Journal méd. de Bruxelles,* déc. 1901). Résumée.

Enfant âgée de 2 ans; atteinte de luxation congénitale de la hanche droite. Fait un abcès froid. Guérison obtenue au bout d'un an. On constate 4 centimètres de raccourcissement. Tentative de réduction; mauvais résultat. Actuellement (8 ans), semi-ankylose; marche mauvaise.

Observation XXXIV. — (In Mme Derscheid-Delcourt: *Journal méd. de Bruxelles,* déc. 1901). Résumée.

Enfant atteinte de luxation congénitale double. A 5 ans, à la suite d'une chute, signes d'arthrite à droite, soignée pendant un an.

Actuellement (25 ans), raccourcissement à droite de 4 centimètres. La radiographie montre, à gauche, une luxation; à

droite, une luxation avec destruction partielle de la tête, et productions fibreuses.

Observation XXXV. — (In Mme Derscheid-Delcourt: *Journal méd. de Bruxelles,* déc. 1901). Résumée.

Fillette de 12 ans. Luxation congénitale droite. Chute à 6 ans. Coxalgie avec abcès.

Actuellement: luxation iliaque; semi-ankylose; raccourcissement considérable.

Observation XXXVI. — (In Rocher: Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux, 1906).

Henriette G..., 6 ans 1/2. Luxation congénitale double. A 2 ans 1/2, réduction non sanglante à droite. Interruption du traitement, au bout de 3 mois: bronchite chronique pendant un an. A 3 ans 1/2, ostéo-arthrite tuberculeuse, se greffant sur la hanche droite. 31 mois après, tentative de réduction de la hanche luxée tuberculeuse. Insuccès.

Aujourd'hui, bon état général. Ankylose de la hanche en flexion, en abduction, nécessitant l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne.

Observation XXXVII. — (In Lamy, *Rev. Orthop.,* 1909).

M. Jalaguier a eu l'occasion d'observer dans sa pratique hospitalière un cas de douleurs d'arthrite sur une luxation congénitale réduite. Il avait été amené à considérer cette arthrite comme étant de nature tuberculeuse, mais n'en a pas eu la démonstration. De plus, la malade, après avoir été perdue de vue, n'a jamais répondu aux nombreuses lettres qui lui ont été envoyées pour s'enquérir de son état.

Observation XXXVIII. — Pièce anatomique présentée par M. Foucher à la Société de Chirurgie (*Bulletin de la Société*

de Chir., 1858-59, p. 73), et classée par Chassaignac : Coxalgie sur luxation congénitale.

Observation XXXIX. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Guibert, de Balaruc-les-Bains).

Luxation congénitale de la hanche. Localisations bacillaires multiples ; en particulier, coxalgie de l'articulation congénitalement luxée.

Mlle P... Alice, 20 ans, du Tarn.

Luxation congénitale de la hanche droite. A l'âge de 18 ans, douleurs dans le genou gauche, qui est atteint d'hydarthrose forte, avec pression profonde très douloureuse ; douleurs dans la hanche droite, dont les mouvements sont extrêmement limités et très douloureux lorsqu'ils atteignent une certaine étendue. Points antérieurs et postérieurs très douloureux. La cure thermale, le repos absolu, l'héliothérapie locale donnent les meilleurs résultats. (Le signe de la clef n'a pas été recherché.)

Des nouvelles reçues à différentes reprises nous apprennent que, grâce à l'héliothérapie locale, au repos longtemps prolongé, le genou gauche et la hanche droite sont dans un état anatomique bon, et les fonctions en sont presque normales.

Observation XL. — (Personnelle. Recueillie dans le service de chirurgie infantile de M. le professeur Estor, Hôpital Suburbain).

Marcelle R..., 6 ans. Luxation congénitale bilatérale. Mal de Pott ancien guéri. Coxalgie gauche en voie de guérison.

Le père de la petite malade est mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 33 ans ; la mère est bien portante et n'a pas eu de fausses couches. Il n'y a pas d'autres enfants. Aucun autre membre de la famille n'est atteint d'affection congénitale.

La malade est née à terme, l'accouchement fut normal, la

mère a nourri son enfant au sein. Bonne santé habituelle. N'est pas sujette aux rhumes, l'hiver.

Elle a fait ses premiers pas très péniblement, à l'âge de 14 mois, se fatiguant très rapidement, et pleurant dès qu'on la mettait à terre. A l'âge de 2 ans, elle eut un spina ventosa, siégeant à la première phalange de l'annulaire gauche; et, peu après, apparut une gibbosité au niveau de la colonne dorsale. M. le professeur Estor, qui vit une première fois l'enfant, à cette époque, porte le diagnostic de mal de Pott et de luxation congénitale bilatérale. Sur ses conseils, le Pott est traité par l'immobilisation dans une gouttière de Bonnet pendant 25 mois; il guérit parfaitement, sans abcès ni paraplégie.

A la fin du mois d'août 1912, c'est-à-dire 3 mois après sa sortie de la gouttière de Bonnet, l'enfant se plaint d'une douleur dans le genou gauche, lui rendant la marche très pénible; et, peu à peu, elle refuse absolument de marcher. M. le professeur Estor, consulté à nouveau, porte le diagnostic de coxalgie de la hanche gauche, congénitalement luxée, au début; et conseille l'immobilisation dans un appareil plâtré, pendant un an.

Revue le 20 octobre 1913, l'enfant ne souffre plus de sa hanche, même pendant la mobilisation de l'article. On conseille néanmoins le repos absolu, pendant 3 mois encore, dans la position allongée, avec aérothérapie et héliothérapie, avant de tenter la réduction de la luxation.

Le 10 février 1914, la petite Marcelle R... est amenée, à nouveau, à la consultation, à la Clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Suburbain.

Examinée debout, elle a une attitude assez correcte; les membres inférieurs ne présentent pas de déviation; leur position est normale. Il existe cependant une ensellure lombaire très marquée.

Pendant les essais de marche, qui est hésitante — l'enfant ayant vécu perpétuellement, depuis l'âge de 2 ans, soit dans

une gouttière de Bonnet, soit dans un appareil plâtré, — on a le plongeon typique, à droite et à gauche.

Dans le décubitus dorsal, le membre inférieur gauche est plus court de 2 centimètres que le droit. Le bord supérieur du grand trochanter dépasse la ligne de Nélaton-Roser de 4 centimètres, pour le côté droit, de 3 centimètres pour le côté gauche. La flexion complète de la cuisse sur le bassin est parfaitement possible à droite; elle ne peut dépasser l'angle droit à gauche. Des deux côtés, l'abduction est très limitée. Enfin, le diagnostic de luxation bilatérale s'affirme, par la constatation, des deux côtés, d'une profonde dépression, à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Les têtes fémorales roulent sous le doigt, dans les deux fosses iliaques, en haut et légèrement en arrière, dans les petits mouvements de circumduction des cuisses.

Notons, pour mémoire, l'existence d'une nodosité osseuse rachitique, de la dimension d'une noix, au niveau de la 7e côte gauche.

L'auscultation ne révèle absolument rien, du côté des appareils circulatoire et respiratoire.

L'enfant a bon appétit, digère bien; son état général est excellent.

Le diagnostic est définitivement précisé de luxation congénitale bilatérale des hanches, mal de Pott ancien guéri, coxalgie gauche en voie de guérison. Un repos de trois mois avec aérothérapie et héliothérapie associées, est à nouveau conseillé, après lequel on tentera la réduction non sanglante des luxations des hanches.

EVOLUTION GENERALE — PRONOSTIC

Il faut, pour schématiser l'évolution générale des arthrites de la hanche congénitalement luxée, modifier la classification adoptée pour les formes cliniques; et, groupant dans la même catégorie, les arthrites sèches, fort rares du reste, et les arthrites par surmenage, considérer trois tableaux cliniques:

1° L'arthrite des adultes et des vieillards;

2° L'arthrite des jeunes, — qui comprend, ainsi que nous l'avons montré:

a) L'arthralgie;

b) La coxalgie.

1° *Les arthrites des adultes et des vieillards.* — Anatomiquement, il y a, ou non, des lésions irrémédiables de l'article; et, à ne considérer que ce point de vue, on pourrait s'étonner que nous songions à rapprocher le sort réservé à l'arthrite de fatigue, — qui laisse les éléments de la jointure indemnes, — de celui qu'encourt l'arthrite sèche, — qui ne respecte pas l'intégrité du cartilage. Mais, dans les deux cas, c'est l'âge du malade qui éternise l'affection; ces luxés ne sont plus opérables: leur âge commande le pronostic, et en fait toute la gravité.

En jetant un coup d'œil sur le tableau dressé à la fin de ce chapitre, nous voyons, certes, que les malades de cette catégorie ne meurent pas de leur affection; le pronostic n'en est pas moins réservé, puisque le résultat qu'on est en droit d'attendre du traitement reste médiocre.

Ces malades ont vécu longtemps, sans autre souci que leur boiterie ; celle-ci n'a constitué pendant de longues années qu'une infirmité, grave surtout au point de vue esthétique. Elle leur a permis de vaquer aux diverses occupations de la vie quotidienne ; témoin la paysanne dont Dubrueil rapporte l'histoire. D'autant plus, que ce sont des femmes, qui ont moins d'efforts à exiger de leurs membres inférieurs que les hommes.

Et un beau jour, à 30, 35 ans, souvent plus tard encore, les douleurs s'installent. Un médecin consulté conseille le repos prolongé, l'héliothérapie, la thalassothérapie, quelquefois le port d'un appareil orthopédique. L'épisode douloureux prend fin ; la malade veut reprendre sa vie habituelle, mais ne tarde pas à souffrir à nouveau ; et ce nouvel accès, qu'amendera certainement une deuxième cure de repos, sera suivi d'un autre, à brève échéance.

Donc, évolution par accès, répétés à intervalles plus ou moins éloignés, certitude d'un pronostic *quoad vitan* excellent, mais certitude aussi d'un pronostic fonctionnel très médiocre. Ces malades sont condamnées à changer leur genre de vie, souvent à supporter un corset orthopédique, et à fréquenter les stations thermales. Ce sont des demi-incurables ; le médecin, ne pouvant les guérir, ne peut que tenter d'améliorer leur fâcheuse situation.

2° *Les arthrites des jeunes.* — Les jeunes offrent encore au chirurgien la ressource de l'intervention en temps opportun : le pronostic sera donc pour eux tout différent de celui des deux premières formes. Mais il faut distinguer, de toute nécessité, les deux cas cliniques, que l'égalité d'âge autorise seule à rapprocher.

a) *L'arthralgie.* — Son évolution est aisée à étudier ; elle revêt une fixité constante ; et toutes les observations concernant ces cas sont calquées les unes sur les autres.

On comprend aisément que ces douleurs apparaissent dans le jeune âge, très tôt, sous l'influence d'une cause quelquefois minime, avec une ténacité désespérante. Il ne faut pas compter sur la sédation spontanée de l'arthralgie, pas plus que sur l'efficacité de tout traitement médical. Les malades continueront à se plaindre, jusqu'au jour où l'état physiologique normal aura été rétabli dans leur articulation. Mais il est logique de prévoir, *a priori*, la valeur presque certaine de la réduction de la luxation, comme traitement effectif du syndrome.

Le pronostic est donc bon, dans la majorité des cas.

b) *La coxalgie.* — L'évolution n'est pas aussi typique, et aussi régulière que pour les autres formes, et ne peut être aussi schématiquement tracée. Le tableau que nous avons établi montre les sorts différents qui attendent ces malades.

D'ailleurs, il s'agit ici d'infection tuberculeuse; et nous savons que le bacille de Koch se comporte de façon très différente chez tel ou tel sujet. Aussi faut-il tenir compte de divers éléments — précocité du diagnostic, rigueur du traitement, virulence atténuée du germe, résistance du terrain — pour juger de l'évolution générale de la complication qui nous occupe, ainsi que de son pronostic.

Il y a lieu de rappeler brièvement la marche habituelle de la tuberculose de la hanche:

Tout au début, douleurs, limitation des mouvements, impotence fonctionnelle partielle, voilà le syndrome coxalgique. Si le diagnostic a été précoce, et a permis d'instituer un traitement sévère, dès cette première période, on arrive à juguler l'infection, à obtenir une cicatrisation stable des lésions, avec un minimum de dégâts; le résultat fonctionnel est bon: peu ou pas d'ankylose, peu ou pas de raccourcissement, pas d'attitude vicieuse.

Malheureusement, il faut compter avec l'hésitation, l'incurie

ou l'incrédulité des parents, qui ne consultent le chirurgien que longtemps après le début de l'affection de leur enfant. Les lésions se sont accentuées, du côté des surfaces articulaires, entraînant des attitudes vicieuses déjà très marquées; la jambe malade est, le plus souvent, en rotation externe, flexion légère et abduction. Le traitement ne peut plus aboutir à la *restitutio ad integrum;* on aura, même dans les cas les plus heureux, une ankylose plus ou moins complète, avec raccourcissement du membre fixé en position plus ou moins incorrecte.

Plus tard, encore, la jambe, en abduction et rotation externe, se place en flexion à angle aigu, adduction complète et rotation interne venant s'immobiliser au-devant des organes génitaux. Ce sont de gros désordres articulaires qui ont entraîné cette attitude et qui ne s'opèrent pas sans formation d'accès souvent énormes, collectés dans le triangle de Scarpa, sur la face externe de la cuisse, ou dans la région fessière. Ces abcès froids se fistulisent ultérieurement, donnant issue au pus crémeux, épais, « mal lié », caractéristique de sa nature tuberculeuse. A partir de ce moment, l'évolution de l'affection peut se précipiter. L'état général de l'enfant, demeuré jusque-là relativement bon, quelquefois même, chez ces jeunes, excellent, ne tarde pas à être profondément atteint; c'est la température vespérale qui s'installe, à grands clochers, l'anorexie, la dyspepsie, la diarrhée, l'amaigrissement...; et le petit malade, après avoir fait, tant bien que mal, les frais d'une longue suppuration, est emporté par une généralisation bacillaire, du côté de l'intestin, des méninges, ou des poumons, par une dégénérescence amyloïde d'un gros viscère, foie, rate, rein, quelquefois.

Tel est le sombre avenir réservé au coxalgique; telle est, aussi, la marche générale que suit l'arthrite tuberculeuse de la hanche congénitalement luxée. Consultons nos observations: la fin de 9 de nos malades nous reste inconnue; sur les 14 autres cas, 12 ont abouti à la suppuration, 5 ont été terminés par la

mort; c'est-à-dire que la coxalgie se fistulise dans 85 o/o des cas, et entraîne la généralisation bacillaire, et la mort, dans 35,7 o/o des cas. Le pronostic est donc très sombre, *quoad vitam.*

Que vaut le pronostic fonctionnel? Le tableau ci-dessous nous renseigne: la coxalgie peut guérir, amenant un résultat bon dans 3 cas, médiocre dans 6 cas, sur les 14 cas connus. Le malade n'en reste pas moins un bacillaire, susceptible de devenir, ultérieurement, l'objet d'un réveil de son infection latente. D'autre part, après guérison au moins clinique de la coxalgie, que devient la luxation primitive? Nous discuterons cette question à la fin de notre travail; nous verrons quelle peut être la conduite du chirurgien, et ce qu'il est en droit d'attendre de la tentative de réduction de la luxation.

FORMES CLINIQUES	ARTHRITES		RÉSULTATS OBTENUS			
	Avant réduction	Après réduction	Bon	Médiocre	Mort	?
Arthralgie.....	6	»	3	1	0	2
A. de surmenage...	9	»	»	7	0	2
A. sèche.....	1	»	»	1	»	»
Coxalgie.....	20	3	3	6	5	9

DIAGNOSTIC

Le diagnostic offre de grandes difficultés, dans la plupart des cas, chez les jeunes surtout.

S'il est, en effet, relativement aisé d'affirmer l'arthrite sèche ou l'arthrite de surmenage, chez une femme âgée, avec luxation congénitale, — apparition de douleurs à la suite d'anamnestiques précis, impotence fonctionnelle, amendement temporaire sous l'influence du repos, évolution lente de l'affection, — il est, par contre, beaucoup plus délicat, chez l'enfant, de dépister, à ses tout premiers débuts, l'arthrite tuberculeuse.

Dans son livre sur la coxo-tuberculose, Lannelongue nous a tracé, de façon lumineuse, la physionomie clinique de la luxation, d'une part, de la coxalgie, d'autre part; et il a été amené à conclure: « en un mot, le tableau de la luxation congénitale n'a aucune ressemblance avec celui de la coxalgie tuberculeuse. Le seul fait commun est une difficulté de la marche; mais un examen, même superficiel, fait éviter l'erreur ». On conçoit que l'association morbide de deux maladies, dont les signes s'opposent, puisse entraîner un syndrome complexe, difficile à démêler, et d'un diagnostic malaisé.

Il y a lieu d'envisager, successivement, deux cas essentiellement différents:

1° Le diagnostic de luxation congénitale était déjà posé, au moment de l'apparition des phénomènes d'arthrite;

2° Le malade est vu pour la première fois, alors que son affection congénitale est totalement ignorée.

I. *Le diagnostic de luxation était déjà posé*

C'est l'apparition de douleurs, dans une hanche luxée jusque-là indolore, qui incite le malade à consulter.

a) Chez le tout jeune, il faut songer à l'*ostéomyélite* de l'extrémité supérieure du fémur; celle-ci pourra être *aiguë,* et relativement facile à dépister, avec son cortège assez bruyant de symptômes généraux, — température élevée, pouls petit, vomissements, amaigrissement rapide, suppuration précoce; — ou bien *subaiguë* ou même *chronique,* et, dans ce cas, beaucoup plus délicate à diagnostiquer; la radiographie rendra alors de grands services, en montrant l'existence de productions périostiques extra-articulaires.

b) Ce sont encore les manifestations générales qui imposent l'hypothèse d'*arthrite aiguë,* fort rare d'ailleurs, de nature rhumatismale, ou infectieuse banale.

c) Enfin, en dehors de ces deux éventualités, peu fréquentes, il faudra songer à l'*arthrite chronique;* et toute la question sera de préciser la nature de celle-ci. Si le malade est âgé, on s'efforcera de différencier l'arthrite sèche de l'arthrite de surmenage, par l'étude minutieuse du syndrome clinique, que nous avons détaillé au chapitre de la symptomatologie, en donnant toute sa valeur à l'influence heureuse du repos prolongé dans l'arthrite de fatigue, et à son efficacité beaucoup moins nette dans l'arthrite sèche. Si l'on a affaire à un jeune sujet, l'important sera de distinguer l'arthralgie simple de la coxalgie.

Rappelons que, dans la tuberculose de la hanche luxée, les signes classiques de la coxalgie se retrouvent presque au complet. Nous avons montré le type spécial que prennent la démar-

che et l'attitude vicieuse, le volume anormal du col fémoral, la fréquence d'une légère élévation thermique quotidienne.

II. *Le diagnostic de luxation n'était pas déjà fait*

Si l'on peut, sans trop d'hésitation, affirmer l'existence d'une arthrite greffée sur une luxation de la hanche déjà confirmée, au cours d'examens antérieurs, les difficultés sont autrement grandes, lors de l'examen d'un malade qu'on voit pour la première fois. Il y a lieu de faire successivement deux diagnostics, celui de luxation, d'abord, celui d'arthrite, ensuite.

a) Deux mots concernant le nourrisson qui n'a pas encore marché, et chez lequel, par conséquent, il n'a pas encore été question de luxation. Chez lui, très exceptionnellement, on peut rencontrer une *ostéomyélite,* à marche rapide, susceptible de luxation secondaire, dont la diagnose reste fort délicate. L'évolution pourra, seule, permettre, l'interprétation de tels faits.

b) *Pour affirmer la luxation,* il suffira, dans le plus grand nombre des cas, de constater l'absence de la tête fémorale à sa place habituelle, dans l'angle obtus formé par l'arcade crurale et l'artère fémorale, où existe au contraire une dépression; et de vérifier sa présence en une position insolite, fosse iliaque externe, par exemple. On éliminera ainsi, aisément, les diverses hypothèses suivantes: boiterie des petits rachitiques, atteints de genu valgum ou varum; inégalité de développement congénitale des deux membres inférieurs (?); et surtout coxa vara. L'enfant ayant marché très tardivement, et ayant présenté, dès le début, la démarche dite « de canard », avec plongeon uni ou bilatéral, on rejettera l'idée d'une luxation spontanée; on affirmera la luxation primitive congénitale: ce que la radiographie confirmera, ainsi que nous y insisterons, plus loin.

c) *Il y a donc luxation* indéniable, mais luxation *à caractères*

atypiques, nous le répétons, avec douleurs, attitude vicieuse en adduction, etc., *dont l'hypothèse d'une arthrite peut seule rendre compte.* Et c'est leur étude minutieuse qui, nous l'avons montré, impose le diagnostic de la nature de cette arthrite.

d) Ce qui précède est un peu schématique; en réalité, les choses sont loin de se présenter, toujours, avec un caractère aussi simple. Et dans bien des cas, la luxation et la coxalgie ayant été toutes deux reconnues, on aura à se demander dans quel ordre les lésions se sont succédé: la coxalgie a-t-elle entraîné une luxation pathologique, secondaire, — progressive ou soudaine (Kirmisson); — la luxation congénitale de la hanche, primitive, s'est-elle ultérieurement compliquée d'arthrite tuberculeuse? C'est là le gros diagnostic à élucider.

L'étude des anamnestiques, qui fournit des certitudes, peut manquer; l'enfant, dans d'autres cas (obs. XL), immobilisé antérieurement pour d'autres localisations bacillaires, n'a pas marché, ou a trop peu marché, pour montrer nettement les caractères qu'avait sa boiterie, lors de ses premiers pas. C'est alors la radiographie qui fournira, au moins, de fortes probabilités. Nous empruntons les conclusions suivantes au travail de M. Lamy (*Rev. Orthop.,* 1909):

« S'il existe une luxation unilatérale, si la tête est profondément ulcérée, détruite quant à sa partie supéro-interne, si le sourcil cotyloïdien est bien formé, sauf au niveau de sa partie supérieure, si les troubles dystrophiques osseux (c'est-à-dire perméabilité plus grande aux rayons) sont très développés, s'il existe des masses ombreuses disséminées autour du cotyle, toutes les possibilités sont en faveur d'une luxation au cours d'une coxalgie.

» Dans le cas contraire, coxalgie venant compliquer une luxation congénitale, la cavité cotyloïde est peu ou pas formée (et à ce point de vue, une luxation congénitale de l'autre côté apportera avec une forte présomption, un excellent point de

comparaison), mais elle est exempte de fongosités, la tête est relativement peu ulcérée, les lésions dystrophiques sont moins marquées. Si même la tête ne présente pas d'ulcération vraie et que la radiographie révèle l'existence d'un foyer tuberculeux dans le col fémoral, le diagnostic sera certain. »

TRAITEMENT

Nous avons affaire à deux maladies associées; nous pouvons donc nous demander si le traitement doit s'adresser aux deux affections, ou seulement à l'une ou l'autre. Les cas diffèrent essentiellement.

a) *L'arthralgie* nous apparaît le résultat du fonctionnement anormal de l'articulation; elle est liée étroitement, comme un effet à sa cause, à la disposition atypique des divers éléments qui composent directement et indirectement la hanche. Elle est l'apanage des jeunes, dont l'âge reste, le plus souvent, en deçà des limites qu'on fixe pour l'intervention rationnelle; d'autre part, rien, dans l'anatomie pathologique de la lésion, ne peut nous rendre, *a priori*, timoré, à l'égard des conséquences fâcheuses possibles de la réduction. Voilà trois raisons sérieuses de conclure à la légitimité de l'essai du traitement chirurgical. Donc, réduction non sanglante, par la méthode de Lorentz, simplifiée depuis par divers auteurs.

Au cas d'échec, seulement, ou lorsque le malade sera déjà adolescent ou adulte, on aura à choisir entre l'un des traitements suivants: repos au lit avec immobilisation dans un appareil plâtré, transposition pour les luxations iliaques, port d'un appareil permettant la marche, résection de la tête fémorale enfin (obs. IV).

b) *L'arthrite sèche et l'arthrite « par surmenage »* ne se voient que chez des adultes ou des vieillards. La luxation est alors invétérée, et irréductible par la méthode non sanglante.

Ces malades retireront bénéfice du traitement médical. M. le docteur Guibert a obtenu de sensibles améliorations par le repos prolongé, l'héliothérapie, et le séjour à Balaruc-les-Bains, où l'application de boues chaudes — *loco dolenti* — a amené la sédation rapide des phénomènes douloureux. Cette thérapeutique, pour si efficace qu'elle soit, n'aboutit pas, néanmoins, à une guérison définitive; les cures seront répétées, tous les ans, par exemple, ou à intervalles plus éloignés, suivant la précocité du retour des douleurs.

Ajoutons qu'un corset orthopédique bien ajusté, fixant solidement la ou les hanches luxées, peut diminuer l'impotence fonctionnelle, dans une large mesure, et permettre ainsi la marche sans trop de difficultés.

c) *La coxalgie,* enfin, nécessite un traitement plus délicat et plus long.

Nous admettrons, tout d'abord, avec M. Lamy, « qu'une luxation congénitale de la hanche atteinte de coxalgie doit être uniquement traitée pour coxalgie, et que la luxation passe au second plan ». On irait au-devant de désastres, en tentant, d'emblée, la réduction d'une luxation tuberculisée.

Le membre sera donc immobilisé dans un appareil plâtré; celui-ci couvrira le membre inférieur jusqu'au niveau des orteils, remontant jusqu'au bord inférieur du thorax; les attitudes vicieuses, empêchant l'extension complète du membre, seront au préalable, prudemment et lentement corrigées, par l'application de l'extension continue. L'immobilisation sera rigoureusement maintenue pendant un temps variable, avec l'intensité des lésions, et les progrès obtenus, mais au moins de 18 mois à 2 ans, en moyenne. La fréquente apparition d'abcès nécessitera une surveillance attentive du petit malade.

Bien entendu, ici comme pour toute affection bacillaire, sans que nous ayons besoin d'y insister, le traitement médical général

est de première importance: l'efficacité d'une bonne alimentation, de l'héliothérapie, de la cure marine, est manifeste.

d) Un dernier point est à discuter: lorsqu'il aura obtenu la guérison, au moins clinique, de la coxalgie, le chirurgien doit-il borner là son rôle, et négliger l'existence de la luxation primitive? Nous ne le pensons pas: il peut encore agir, et faire beaucoup pour son petit malade.

Tenter la réduction non sanglante, si l'âge du sujet le permet? C'est l'intention de notre Maître, M. le professeur Estor, à propos de la fillette qui fait l'objet de notre dernière observation (obs. XL). En tous cas, cette réduction, pour si prudente qu'elle soit, pour si aisée qu'elle puisse être dans le cas le plus favorable, risque nécessairement de traumatiser une articulation entachée de tuberculose: d'où danger de réveil de l'infection latente, récidive de la coxalgie, ou généralisation bacillaire. Deux précautions s'imposent donc: attendre pour agir, 6 mois au moins après la disparition complète de tout signe d'arthrite; réduire au minimum le traumatisme opératoire.

L'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, qui agit loin des cicatrices osseuses, sera la dernière ressource dont il faudra tenter de faire bénéficier les malades, en cas d'échec de l'essai de réduction.

CONCLUSIONS

I. Les arthrites de la hanche congénitalement luxée sont rares. Elles s'observent dans le sexe féminin, sans cause occasionnelle bien constante; la tuberculose englobe le plus grand nombre; en dehors d'elle, la pathogénie reste hypothétique.

II. Il y a lieu de décrire 4 types cliniques: l'arthralgie et la coxalgie, d'une part, qui sont l'apanage des jeunes; l'arthrite sèche et l'arthrite « par surmenage », d'autre part, qu'on observe chez l'adulte. Cette dernière forme, dont on s'est peu occupé jusqu'à aujourd'hui, est cependant relativement assez fréquente, et mérite d'être individualisée.

Chacune a un mode de début particulier, des symptômes propres, et une évolution différente.

III. Tandis que le pronostic de l'arthrite simple est bon, celui de l'arthrite sèche et de l'arthrite par surmenage reste médiocre; celui de la coxalgie, enfin, beaucoup plus fâcheux: les suppurations y sont fréquentes, ainsi que la mort par généralisation tuberculeuse.

IV. Il est aisé de faire le diagnostic d'arthrite lorsqu'on a déjà reconnu la luxation congénitale; de même la nature de l'arthrite est facile à déterminer. Il est beaucoup plus difficile de diagnostiquer, au cours du même examen, la coxalgie et l'arthrite; et surtout de préciser l'ordre de succession des deux

affections. La radiographie vient, dans ce cas, en aide à la clinique.

V. Le traitement est variable: purement médical pour les formes des adultes, il est chirurgical dans toutes les autres, usant électivement de tel ou tel procédé, suivant l'indication: immobilisation prolongée, extension continue, réduction non sanglante, transposition, résection osseuse.

BIBLIOGRAPHIE

BOUDET. — Coxalgie double dans la luxation congénitale bilatérale.(Bull. Soc. Anat., Paris, 1859, n° 1, pp. 11 et 12.)

BROCA. — Luxation congénitale de la hanche. (Le Bulletin Médical, 24 mai 1911.)

CHATAING. — Thèse Paris, 1911.

CAUBET. — Luxation congénitale de la hanche chez une vieille femme. (Bull. Soc. Anat., Paris, 1903.)

COSTE. — Thèse Lyon, 1900.

DELANGLADE. — Thèse Paris, 1896.

DUBRUEIL. — Des accidents douloureux dans la luxation congénitale de la hanche (Rev. d'orthop., 1890).

— De quelques complications de la luxation congénitale. (Gazette de Montpellier, 1884, p. 493.)

DUPRÉ. — Thèse Paris, 1891.

ESTOR. — Guide pratique de chirurgie infantile.

FOUCHER. — Bulletin Soc. Chirurgie, 1858-59, p. 73.

GANGOLPHE. — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. IV.

GOURDON. — Les troubles nerveux observés chez les luxés congénitaux de la hanche, avant, pendant et après l'intervention. (XXV[e] Congrès de l'Assoc. française de Chir., Paris, oct. 1912.)

HOFFA. — Traité d'orthopédie.

Joüon. — Congrès national périodique de Gyn., Obst. et Péd. (IVe session, Rouen, avril 1904).

— Gazette médicale de Nantes, janvier 1908.

Kirmisson. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale.

Krause. — Deux cas d'arthrite suppurée dans les articulations coxo-fémorales, avec luxation congénitale. (Beilage zum Centralblatt, n° 29. XVIII Congrès de ch. all., avril 1889.)

Lamy. — De la coxalgie venant compliquer la luxation congénitale de la hanche. (Rev. d'orthop., 1909.)

Lannelongue. — Coxo-tuberculose.

— Luxation de la hanche.

Lauvinerie. — Thèse Paris, 1900.

Le Damany et Saignet. — Hanches subluxables et hanches luxées chez les nouveau-nés. (Rev. de chir., 1910.)

Le Damany. — Le mécanisme path. de la luxation congénitale de la hanche. (Congrès de l'Assoc. franç. de chir., Paris, oct. 1908.)

— La luxation congénitale. Nouvelle théorie pathogénique (Rev. de chir., 1904. — *id.* 1905. — *id.* oct. 1909.)

Lorenz. — Pathologie et traitement de la luxation congénitale de la hanche. Trad. par J. Cottet, 1897.

Lehérissey. — Thèse Paris, 1911.

Morestin. — Vieille luxation congénitale de la hanche. (Bull. Soc. Anat., Paris, 1901.)

Mottet. — Thèse Lyon, 1909.

Nové-Josserand. — Précis d'orthopédie.

Nové-Josserand et Rendu. — Formes douloureuses de la luxation congénitale de la hanche. Lyon Chirurgical, juin 1909.)

OMBRÉDANNE. — Les deux facteurs de la luxation congénitale de la hanche. (La Clinique, 7 juillet 1911.)

PFENDER. — Thèse Paris, 1890.

— Gazette des Hôpitaux, 1891, p. 18.

ROCHER. — Le signe de la clef dans la coxalgie au début. (XXV[e] Congrès de l'Ass. française de chir., Paris, 1902.)

SAIGNET. — Thèse Paris, 1911.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 mars 1914
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 mars 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !